
Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient!

Bevor wir uns in Ruhe über zahnmedizinische Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht unserer Praxis.

Persönliches

Name ggf. Geburtsname / Vorname _____

Geburtsdatum / -ort _____ Straße / Nr. _____

PLZ / Ort _____ Tel. privat _____ Tel. mobil _____

Tel. geschäftlich _____ E-Mail _____ Beruf _____

Krankenkasse _____

Gesetzlich versichert ja nein Privat versichert ja nein
Basistarif ja nein Zusatzversicherung ja nein
Beihilfeberechtigt ja nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name _____ PLZ / Ort _____ Tel. _____

Hinweise zur Organisation

Wir organisieren Behandlungstermine so, dass möglichst nur kurze Wartezeiten entstehen und vergeben Termine jeweils nur einmal. Bitte haben Sie Verständnis dafür, wenn wir für nicht eingehaltene Termine ohne rechtzeitige Absage (24 Stunden vorher), die Kosten für den Ausfall in Rechnung stellen könnten.

In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Bekannten empfohlen _____ Telefon- / Branchenbuch _____

Internet, über die Seite _____ Überweisung von _____

Sonstiges _____

Möchten Sie von uns per Post, E-Mail, SMS oder Telefon an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnert werden? ja nein

Anamnesebogen

Warum suchen Sie uns auf? Wünschen Sie eine/n ...

- Routinekontrolle
- Beratung
- Schmerzbehandlung
- neuen Zahnersatz
- „zweite Meinung“
- andere Gründe:

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der / des ...

- | | | |
|-------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Herzens oder Kreislaufs | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Leber | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Nieren | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Schilddrüse | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Magen-Darm-Traktes | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Gelenke (Rheuma) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wirbelsäule | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Haben oder hatten Sie ...

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| hohen / niedrigen Blutdruck | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Osteoporose | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Zahnfleischbluten | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ohrensausen / Tinnitus | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Epilepsie | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Tuberkulose | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Asthma | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| HIV (Aids) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Hepatitis | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, welcher Typ? <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C | | |
| Allergien | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, wogegen? _____ | | |
| MRSA (Krankenhauskeime) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Gelenkprothesen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, wann? _____ | | |
| Sonstige Infektionen / Erkrankungen: | | |

Fragen / Anmerkungen:

Einverständniserklärung

Ich bin mit der Einholung von Informationen über bisherige zahnmedizinische Behandlungen beim vorherigen Zahnarzt / Arzt sowie mit der Weitergabe von Informationen (bei Zahnarztwechsel) an den zukünftigen Zahnarzt einverstanden. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten in der Praxis ausdrücklich zu.

Datum Unterschrift

zahnarzt-liese.de

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie ...

- eine Herzklappenentzündung
- einen Herzschrittmacher
- Angina Pectoris
- einen Herzinfarkt

Medikamente – nehmen Sie

- blutverdünnende Medikamente z.B. Marcumar, ASS?
- Herzmedikamente
- Schmerzmittel
- Bisphosphonate
- Cortison (Kortikoide)
- Antidepressiva
- andere Medikamente:

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen
Medikamente oder Spritzen aufgetreten? ja nein
Wenn ja, gegen welche?

Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für mehrere Stunden beeinträchtigt sein kann.

Für unsere Patienten

Sind Sie schwanger? ja nein
Wenn ja, in welcher Woche? _____

zum Schluss

- Knirschen Sie mit den Zähnen? ja nein
- Fühlen Sie sich psychisch stark belastet? ja nein
- Rauchen Sie? ja nein
- Schnarchen Sie? ja nein
- Leiden Sie an Schlafapnoe (Atemaussetzern) ja nein