

ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen 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. Sollten Sie hierbei Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne weiter.

Persönliches

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Tel. privat _____ Tel. mobil _____ Tel. geschäftl. _____

E-Mail _____ Beruf _____

Krankenversicherung _____

- gesetzlich versichert** freiwillig Zusatzversicherung Kostenerstattung
 privat versichert beihilfeberechtigt Basistarif

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name _____ Tel. _____

Hinweise zur Organisation

Um lange Wartezeiten zu vermeiden, führen wir unsere Praxis nach dem Bestellsystem. Wir bitten Sie daher Termine, die Sie nicht einhalten können, mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.

Wir behalten uns vor, bei unentschuldigtem Fernbleiben von vereinbarten Terminen ein Ausfallhonorar in Höhe von 35€ je halber Stunde in Rechnung zu stellen, so kein unverschuldetes Fernbleiben vorliegt. Bei unentschuldigtem Fernbleiben von einer PZR werden die gesamten Kosten von bis zu 80€ in Rechnung gestellt.

Röntgenaufnahmen

Mit der Übermittlung meiner digitalen Röntgenaufnahmen an den weiterbehandelnden Arzt/Zahnarzt bin ich einverstanden.

- ja nein

In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Empfehlung durch Bekannte/Familie Telefonbuch Zeitung Überweisung
 Internet Sonstiges _____

Falls wir empfohlen wurden, haben Sie sich im Vorfeld unseren Internetauftritt angeschaut? ja nein

Möchten Sie von uns an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnert werden? ja nein

Warum suchen Sie uns auf? Wünschen Sie eine/n

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

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

- Herzens oder Kreislaufs ja nein
- Leber ja nein
- Nieren ja nein
- Schilddrüse ja nein
- Magen-Darm-Traktes ja nein
- Gelenke (Rheuma) ja nein
- Wirbelsäule ja nein

Haben oder hatten Sie ...

- ein Trauma im Kopfbereich ja nein
- hohen Blutdruck ja nein
- niedrigen Blutdruck ja nein
- Diabetes ja nein
- eine erhöhte Blutungsneigung ja nein
- Zahnfleischbluten ja nein
- Tinnitus (Ohrensausen) ja nein
- Epilepsie (Fallsucht) ja nein
- Grünen Star ja nein
- Tuberkulose ja nein
- HIV (Aids) ja nein
- Hepatitis ja nein
- Wenn ja, welcher Typ? A B C
- Allergien ja nein

Wenn ja, wogegen? _____

OP im Mund-, Kiefer-, Gesichtsbereich ja nein

Wenn ja, welche? _____

Sonstige Infektionen / Erkrankungen:

Datum

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie ...

- eine Herzklappenentzündung
- Angina Pectoris
- einen Herzschrittmacher
- einen Herzinfarkt
- eine Herzerkrankung
- eine Herz-OP

Ist eine Endokarditisprophylaxe erforderlich? ja nein

Medikamente: Nehmen Sie ...

- Herzmedikamente
- Cortison (Kortikoide)
- Schmerzmittel
- Antidepressiva
- blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar®, ASS?
- Bisphosphonate
- andere Medikamente? Wenn ja, welche?

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

Wenn ja, gegen welche?

Für unsere Patientinnen:

Sind Sie schwanger? ja nein

Wenn ja, in welcher Woche? _____

Zum Schluss

Knirschen Sie mit den Zähnen? ja nein

Rauchen Sie? ja nein

Schnarchen Sie? ja nein

Leiden Sie unter Zahnfleischbluten / Zahnfleischrückgang ja nein

Fragen / Anmerkungen:

Unterschrift