

Anamnesebogen

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient!

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.

Persönliches

Name / Vorname _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Tel. privat _____ Tel. mobil _____

E-Mail _____ Beruf _____

Krankenkasse / private Krankenversicherung _____

gesetzlich versichert ja nein privat versichert ja nein Basistarif ja nein

freiwillig versichert ja nein Zusatzversicherung ja nein beihilfeberechtigt ja nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, über wen sind Sie versichert?

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name _____ Ort _____

Tel. _____

Hinweise zur Organisation

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte sagen Sie ihn mindestens 24 Stunden vorher ab.

Hinweise zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann. Dies kann sowohl durch die Behandlung selbst als auch durch den Einfluss von Betäubungen hervorgerufen werden. Auf Wunsch rufen wir Ihnen gerne ein Taxi, das Sie sicher nach Hause bringt.

In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

von Bekannten empfohlen Telefon- / Branchenbuch Sonstiges _____

Internet, über die Seite _____

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

Haben Sie Interesse an unserem Prophylaxeprogramm? ja nein

Besitzen Sie ein Bonusheft? ja nein Besitzen Sie einen Röntgenpass? ja nein

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

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

Haben Sie akute Schmerzen? ja nein

Wie äußern sich Ihre Schmerzen?

- Dauerschmerz
- Zähne reagieren auf süß / sauer
- Manche Zähne sind temperaturempfindlich
- Zähne schmerzen bei Belastung oder Kauen
- Schmerzen oder Entzündung am Zahnfleisch
- Kiefergelenk-, Kopf- oder Nackenschmerzen

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, Arthritis) ja nein
- Lunge (Asthma) ja nein

Haben oder hatten Sie...

- hohen Blutdruck ja nein
- niedrigen Blutdruck ja nein
- Diabetes ja nein
- Zahnfleischbluten ja nein
- Osteoporose ja nein
- Epilepsie ja nein
- Grünen Star ja nein
- Tuberkulose ja nein
- HIV (Aids) ja nein
- Hepatitis OA OB OC ja nein

eine Gelenkprothese (Knie, Hüfte) ja nein

Sonstige Infektionen / Erkrankungen:

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie...

- Herzklappenentzündung
- Angina Pectoris
- Herzschrittmacher
- Herzinfarkt

Medikamente: Nehmen Sie...

- Herzmedikamente
 - Cortison
 - Schmerzmittel
 - Bisphosphonate
 - blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar®, ASS
 - andere Medikamente, z.B. Antibabypille, Antidepressiva
-
-

Gab es jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen? Allergien? 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
- Fühlen Sie sich gestresst? ja nein
- Rauchen Sie? ja nein
- Wünschen Sie eine Betäubung? ja nein

Fragen / Anmerkungen:

Datum

Unterschrift