

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. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Name	Vorname	Geburtsdatum /-ort	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Straße, Hausnummer		PLZ	Wohnort
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon Festnetz	Telefon geschäftlich	Telefon mobil	E-Mail-Adresse
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Krankenkasse /-versicherung			
<input type="text"/>			
<input type="radio"/> gesetzlich <input type="radio"/> privat <input type="radio"/> zusatzversichert <input type="radio"/> beihilfeberechtigt			
Name, Vorname des Hauptversicherten			Geburtsdatum des Hauptversicherten
<input type="text"/>			<input type="text"/>
Anschrift des Hauptversicherten			
<input type="text"/>			
Beruf	Hausarzt (Name / Ort / Telefon)		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

Hinweise zur Organisation

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

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 Injektionen oder anderen Medikamenten hervorgerufen werden. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi, das Sie sicher nach Hause bringt.

In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

von Bekannten empfohlen Telefon- / Branchenbuch Zeitungsanzeige

Überweisung von

Internet, über die Seite Sonstiges

Möchten Sie unseren Praxisnewsletter per E-Mail erhalten? (Jederzeit abbestellbar) ja nein

Möchten Sie von uns per Post, E-Mail oder telefonisch 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:

ANAMNESEBOGEN

ZUTREFFENDES BITTE ANKREUZEN.

Haben Sie akute Schmerzen? ja nein

Wenn ja, wie äußern sich diese?

- Dauerschmerz
- Zähne reagieren auf süß / sauer
- Manche Zähne sind temperaturempfindlich
- Zähne schmerzen bei Belastung oder Kauen
- Zähne schmerzen auch ohne Belastung
- Schmerzen oder Entzündungen am Zahnfleisch
- Kieferschmerzen / Kiefergelenkschmerzen

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

- Kreislaufs
- Leber
- Nieren
- Schilddrüse
- Magen-Darm-Traktes
- Gelenke (Rheuma)
- Wirbelsäule

Haben oder hatten Sie ...?

- hohen Blutdruck
- niedrigen Blutdruck
- Diabetes
- Zahnfleischbluten
- Ohrensausen / Tinnitus
- Osteoporose
- Epilepsie
- Grünen Star
- Tuberkulose
- HIV (Aids)
- Hepatitis; wenn ja: Typ A Typ B Typ C
- Allergien; wenn ja, wogegen?

eine Gelenkprothese (z.B. künstliches Knie- oder Hüftgelenk); wenn ja, wo genau?

Sonstige Infektionen / Erkrankungen:

Zu Ihrem Herzen: Haben / hatten Sie ...

- Stents
- Bypass
- Herzschrittmacher
- Herzinfarkt
- Herzklappenentzündung
- künstliche Herzklappe
- Angina Pectoris
- Sonstiges:

Medikamente: Nehmen Sie ...

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

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten?

Wenn ja, gegen welche? ja nein

Für unsere Patientinnen

Sind Sie schwanger? ja nein

Wenn ja, in welcher Woche?

Zum Schluss

Knierschen Sie mit den Zähnen? ja nein
Rauchen Sie? ja nein

Fragen / Anmerkungen:

Teilen Sie uns bitte mit, falls sich Ihr Gesundheitszustand geändert hat!

Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit und Vollständigkeit Ihrer Gesundheitsangaben mit Ihrer Unterschrift.

Ort

Datum

Unterschrift