

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 unserer Praxis.

Persönliches

Patient: _____
Name Vorname Geburtsort Geburtsdatum

versichert

über: _____
Name Vorname Geburtsort Geburtsdatum

Anschrift: _____
Straße Postleitzahl Ort

Telefon: _____
Privat Handy Krankenkasse

Beruf: _____
Telefon

E-Mail _____

Hausarzt: _____
Name Anschrift Telefon

In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

von Bekannten empfohlen Telefon/ Branchenbuch Internet Sonstiges

Möchten Sie von uns an Ihre halbjährliche Untersuchung erinnert werden? ja nein

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

Eingehende Untersuchung Beratung
 Schmerzbehandlung zweite Meinung
 neuen Zahnersatz andere Gründe

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der/des

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

Haben oder hatten Sie...

- | | | |
|------------------------|-----------------------------|---|
| Hohen Blutdruck | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Niedrigen Blutdruck | <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 |
| Grünen Star | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Rheuma | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Asthma | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Tuberkulose | <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, welche? | | |

Sonstige Infektionen/ Erkrankungen

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie...

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

Medikamente - Nehmen Sie...

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Herzmedikamente | <input type="checkbox"/> Schmerzmittel |
| <input type="checkbox"/> Cortison (Kortikoide) | <input type="checkbox"/> Antidepressiva |
| <input type="checkbox"/> blutverdünnende Medikamente, wenn ja welche? | |

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 Ihren Zähnen? ja nein

Fühlen Sie sich psychisch stark belastet?

ja nein

Rauchen Sie?

ja nein

Wünschen Sie zum Bohren

eine Betäubung

ja nein

Fragen/ Anmerkungen:

Datum

Unterschrift

Wichtiger Hinweis !

Sollten Sie Ihren vereinbarten Termin innerhalb 24h Stunden nicht absagen, behalten wir uns vor die Behandlung nach §615 laut BGB in Rechnung zu stellen. Wir bitten daher um rechtzeitige Absage.