

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

Haben Sie einen Pflegegrad? Wenn ja, welchen _____? ja nein

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
Schmerzmittel ja nein
Leber ja nein
Antidepressiva
Nieren
welche? ja nein
Schilddrüse ja nein

- Gelenke (Rheuma) ja nein
Wirbelsäule ja nein

- Magen-Darm-Traktes ja nein

Medikamente - Nehmen Sie...

- Herzmedikamente
 Cortison (Kortikoide)
 blutverdünnende Medikamente, wenn ja
 andere Medikamente, wenn ja welche?

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

Haben oder hatten Sie...

- Hohen Blutdruck ja nein
nein
Niedrigen Blutdruck ja nein
Diabetes ja nein

Für unsere Patientinnen

Sind Sie Schwanger? ja

Wenn ja, in welcher Woche?

- Zahnfleischbluten ja nein
- Ohrensausen/ Tinnitus ja nein
- Epilepsie ja nein
- Grünen Star ja nein
- Rheuma ja nein
- nein
- Schilddrüsenerkrankung ja nein
- Asthma ja nein
- Tuberkulose ja nein
- nein
- HIV (Aids) ja nein
- nein
- Hepatitis ja nein
- Wenn ja, welcher Typ? A B C
- nein
- Allergien ja nein
- Wenn ja, welche?

Zum Schluss

Knirschen Sie mit Ihren Zähnen ja

Fühlen Sie sich psychisch stark belastet? ja

Rauchen Sie? ja

Wünschen Sie zum Bohren eine Betäubung ja

Fragen/ Anmerkungen:

Sonstige Infektionen/ Erkrankungen

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie...

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

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.