

Zahnmedizinischer Anamnesebogen

HERZLICH WILLKOMMEN!

Liebe Patient:innen,

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.

Mit (*) gekennzeichnete Angaben sind freiwillig.

Persönliches

Name / Vorname _____ Geburtstag / Ort _____

Straße / Nr. _____

PLZ / Ort _____

Tel. privat _____ Tel. mobil* _____

E-Mail* _____

Beruf* _____

Krankenkasse _____ Pflegestufe _____

Beihilfe ja nein **Standardtarif** ja nein **Basistarif** ja nein

Zusatzversicherung ja nein **Privat versichert** ja nein **Freiwillig versichert** ja nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name / Vorname _____ Geburtstag _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Rechnung an Versicherten oder Patienten? _____

Sind Sie in kieferorthopädischer Behandlung? ja nein

Wenn ja, wo?

Name / Vorname _____

Ort _____ Tel. _____

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name / Vorname _____

Ort _____ Tel. _____

Grund Ihres Besuchs:

- Kontrolluntersuchung
- Zahnschmerzen
- Zahnfleischbluten/Zahnfleischrückgang
- Mundgeruch
- Kiefergelenkbeschwerden
- Knirschen
- Ich wünsche nur eine Schmerzbehandlung

- Sonstiges _____

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

- | | |
|---------------------------|---|
| Herzens oder Kreislaufs | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Leber | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Nieren | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Schilddrüse | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Lunge (Asthma, COPD, ...) | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Magen-Darm-Traktes | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Gelenke (Rheuma) | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Ohrensausen / Tinnitus | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Wirbelsäule | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |

Haben oder hatten Sie ...

- | | |
|--------------------------------------|---|
| Hohen oder niedrigen Blutdruck | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| - Wenn ja, welche Werte? _____ | |
| Diabetes | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| - Wenn ja, welcher HbA1c-Wert? _____ | |
| Osteoporose | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Epilepsie | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Grünen oder Grauen Star | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| HIV (Aids) | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Blutgerinnungsstörungen | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Hepatitis | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| - Wenn ja, welcher Typ? _____ | |
| Allergien | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| - Wenn ja, wogegen? _____ | |
| _____ | |

Sonstige Infektionen / Erkrankungen:

Rauchen Sie? ja nein

Zu Ihrem Herzen - Haben oder hatten Sie ...

- eine Herzklappenentzündung Angina Pectoris
- einen Herzschrittmacher

- Wenn ja, wann? _____

- einen Herzinfarkt, wenn ja, wann? _____

Medikamente - Nehmen Sie ...

- Herzmedikamente Cortison (Kortikoide)
 - Schmerzmittel Antidepressiva
 - blutverdünnende Medikamente, z. B. Marcumar, ASS?
 - Injektionen / Infusionen / Bisphosphonate
 - andere Medikamente / ggf. Medikamentenplan
- _____

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

- Wenn ja, gegen welche? _____

Für unsere Patientinnen

Sind Sie schwanger? ja nein ungewiss

- Wenn ja, in welcher Woche? _____

Wegen des Mutterschutzes bitten wir Sie um sofortige Mitteilung, wenn während des Behandlungszeitraumes eine Schwangerschaft eintritt!

Beratungswunsch

- Professionelle Zahnreinigung
- Bleaching
- Form / Farbe der Zähne
- Zahnfarbene Keramikfüllungen
- Implantate / Implantatversorgung

- Sonstiges _____

Sie sind uns wichtig - Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?

- | | |
|---|---|
| Angst von zahnmedizinischen Eingriffen? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Starke Schmerzempfindlichkeit? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Starker Würgereiz? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |

Durch wen wurden wir Ihnen empfohlen?

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung.

Datum, Unterschrift