



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

Name/Vorname

Geburtstag

Straße/Nr.

PLZ/Ort

Tel. privat

Tel. mobil

E-Mail

Beruf

Arbeitgeber

Krankenkasse

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name/Vorname

Haben Sie Zusatzversicherung abgeschlossen? ja nein

Sind Sie beihilfeberechtigt? ja nein

Sind Sie privatversichert? ja nein

Sind Sie über einen Basistarif versichert? ja nein

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name/Vorname

Tel.

In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

von Bekannten empfohlen Telefon-/Branchenbuch Zeitungsanzeige Internet Sonstiges

Überweisung von

Falls wir empfohlen wurden, haben Sie sich im Vorfeld unseren Internetauftritt angeschaut?

ja nein

Möchten Sie von uns an Ihre halbjährliche Vorsorgeuntersuchung erinnert werden?

ja nein

Wenn ja, wie?

per Post per E-Mail telefonisch



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

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

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
- Kiefer-/Kiefergelenkschmerzen

Leiden oder litt 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) ja nein
- Wirbelsäule ja nein

Haben oder hatten Sie ...

- Hohen Blutdruck ja nein
- Niedrigen Blutdruck ja nein
- Diabetes ja nein
- Zahnfleischbluten ja nein
- Ohrensausen/Tinnitus ja nein
- Epilepsie ja nein
- Grünen Star ja nein
- eine Schilddrüsenerkrankung ja nein
- Rheuma ja nein
- Tuberkulose ja nein
- HIV (Aids) ja nein
- Hepatitis ja nein
- Wenn ja, welcher Typ? A B C
- Allergien ja nein
- Wenn ja, wogegen?

Sonstige Infektionen/Erkrankungen:

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie ...

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

Medikamente – Nehmen Sie ...

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

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 den Zähnen ja nein
- Fühlen Sie sich psychisch stark belastet? ja nein
- Rauchen Sie? ja nein
- Besteht Interesse an einer risikoarmen Lachgassedierung? ja nein

Fragen / Anmerkungen:

Datum

Unterschrift