



ANAMNESEBOGEN Seite 1/2

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.

Persönliches

Name/ Vorname: Geburts-Datum /-Ort:

Straße/Nr.: PLZ / Ort :

Tel.privat: Tel.mobil :

E-Mail:

Beruf: Tel- geschäftlich

Krankenkasse:

gesetzlich versichert o ja o nein privat versichert o ja o nein Basistarif o ja o nein

Zusatzversicherung o ja o nein privat versichert o ja o nein Basistarif o ja o nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind,
wer ist Versicherter?

Name/ Vorname Geburtsdatum:

Straße/Nr. PLZ / Ort :

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name: Ort:

Tel:

Hinweise zur Organisation

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte sagen sie mindestens 24 Stunden vorher ab. Anderenfalls erheben wir eine Ausfallgebühr von 70,-€ pro Stunde

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 gerne ein Taxi, das sie sicher nach Hause bringt.

In eigener Sache

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden ?
o von Bekannten empfohlen o Telefon- /Branchenbuch

o Überweisung von.....

o Internet über die Seite von o Sonstiges

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

Möchten Sie von uns per Post an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnert werden ? o ja o nein

bitte wenden



ANAMNESEBOGEN Seite 2/2

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 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 |
| Magen-Darm-Traktes | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Gelenke (Rheuma) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Wirbelsäule | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Atemwege | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

Haben oder hatten Sie...

- | | | | |
|-----------------------|--------------------------|----------------------------|-------------------------|
| hohen Blutdruck | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | |
| niedrigen Blutdruck | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | |
| Diabetes | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | |
| Zahnfleischbluten | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | |
| Ohrensausen/ Tinnitus | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | |
| Epilepsie | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | |
| Grünen Star | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | |
| Tuberkulose | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | |
| Tumorerkrankung | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | |
| HIV (Aids) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | |
| Hepatitis | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | |
| Wenn ja welcher Typ | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C |
| Allergien | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | |
| Wenn ja, wogegen? | | | |

Fragen /Anmerkungen:

.....
.....

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie ...

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

Medikamente: Nehmen Sie ...

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

.....
.....

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 ? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Fühlen Sie sich psychisch stark belastet? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Rauchen Sie ? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

Datum

Unterschrift