

Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich Willkommen in der Praxis „zahngenehm“! Ihr allgemeiner Gesundheitszustand bestimmt zum einen das Erscheinungsbild zahlreicher zahnmedizinischer Erkrankungen und zum anderen auch den Ablauf der zahnärztlichen Behandlung. Da wir Ihnen eine risikofreie, adäquate und individuell auf Sie abgestimmte Behandlung bieten möchten, bitten wir Sie, die nachstehenden Fragen über Ihren Gesundheitszustand so genau wie möglich zu beantworten. Falls Sie Schwierigkeiten bei der Beantwortung haben sollten, helfen wir Ihnen gerne weiter.

Patient:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Nachname	Vorname	Geschlecht: m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum	Anschrift	Krankenkasse
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Telefon (privat)	Telefon (tagsüber)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Handy	E-Mail	

Ich bin

- pflichtversichert freiwillig versichert privat versichert nicht versichert beihilfeberechtigt
 privat zusatzversichert privatversichert mit Basistarif

Sind Patient und Versicherter nicht identisch, bitte folgende Angaben ergänzen:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Nachname	Vorname	Ehegatte: <input type="checkbox"/> Vater/Mutter: <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Geburtsdatum	Anschrift	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Telefon/Handy	E-Mail	

Ggf. gesetzlicher Betreuer:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nachname, Vorname	Telefon/Handy

Hausarzt (oder Arzt, bei dem Sie in regelmäßiger Betreuung sind):

<input type="text"/>
Name, Anschrift, Telefon

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Empfehlung (Familie/Freunde/Bekannte) Homepage Bewertungsportale im Internet Internet/Google
 facebook Werbung Supermarkt Sonstiges:

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?

Wenn ja, bei wem und wegen welcher Erkrankung? _____

Ja Nein

Waren Sie in den letzten 12 Monaten in zahnärztlicher Behandlung?

Haben Sie derzeit Schmerzen / Beschwerden?

Wenn ja, wo? _____

Leiden Sie an Zahnfleischbluten?

Wurden in den letzten 12 Monaten Röntgenaufnahmen im Kopfbereich gemacht?

Besitzen Sie einen Röntgenpass?

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Krankheiten?

	Ja	Nein		Ja	Nein
Herz-Kreislaufkrankungen (Bluthochdruck (Hypertonie), Niedriger Blutdruck (Hypotonie), Herzinfarkt, Angina Pectoris, Herzrhythmusstörungen, Gefäßerkrankungen, Herzklappenerkrankung/-defekt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infektionserkrankungen (HIV, Hepatitis (A,B oder C), Tuberkulose) Andere Infektionserkrankungen? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragen Sie einen Herzschrittmacher ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lungenerkrankungen (Asthma, chronische Atemwegserkrankung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Magen-Darm-Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Augenerkrankung (Glaukom/Grüner Star)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie (oder andere Erkrankungen des Zentralen Nervensystems)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beschwerden am Bewegungsapparat (z.B. Wirbelsäule)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstige Erkrankungen: _____

Ja Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein (z.B. Marcumar, ASS/Aspirin)?

Rauchen Sie?

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel?

Sind bei zahnärztlichen/chirurgischen Behandlungen oder nach Verletzungen länger andauernde Blutungen aufgetreten?

Auf welche Medikamente/Stoffe reagieren Sie allergisch? _____

Besitzen Sie einen Allergiepass?

Treten oder traten Komplikationen nach zahnärztlichen Spritzen auf?

Nur von unseren Patientinnen zu beantworten:

Sind Sie schwanger / besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?

Wenn ja, welcher Monat? _____

Stillen Sie derzeit?

Alle von Ihnen gemachten Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Wir bitten Sie darum, uns umgehend über Veränderungen Ihres Gesundheitszustandes in Kenntnis zu setzen.

Sollten Sie einen mit uns vereinbarten Termin nicht einhalten können, sagen Sie ihn bitte spätestens 24 Stunden vorher ab, damit wir anderweitig über die Zeit verfügen können. Andernfalls wird eine Ausfallgebühr in Höhe von 100 € pro ausgefallener halber Stunde in Rechnung gestellt.

Datum / Unterschrift Patient (Versicherter)