

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:

Nachname Vorname

Geschlecht: m w

Geburtsdatum Anschrift Krankenkasse

Telefon (privat) Telefon (tagsüber)

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:

Nachname Vorname

Ehegatte: Vater/Mutter:

Geburtsdatum Anschrift

Telefon/Handy E-Mail

Ggf. gesetzlicher Betreuer:

Nachname, Vorname Telefon/Handy

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

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="text"/>	<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)