

ANAMNESEBOGEN

PATIENTENDATEN:



Nachname, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsname

Geburtsort

Straße, Hausnr., PLZ, Wohnort

Telefon (privat)

Handynummer

E-Mail Adresse

Beruf

Telefon (geschäftlich)

Krankenkasse gesetzlich

Freiwillig versichert

Private Zahnzusatzversicherung

Krankenkasse privat

Basis versichert

Beihilfeberechtigt

Versicherter: Nachname, Vorname – wenn Patient familienversichert

Geburtsdatum

Gesetzlicher Betreuer (falls vorhanden!) Nachname, Vorname

Telefonnummer

Was ist der Grund Ihres Zahnarztbesuches?

Wodurch sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Was erwarten Sie von der Behandlung?

ZUM ALLGEMEINEN GESUNDHEITSSTATUS:

Allgemeine und zahnmedizinische Erkrankungen können Ihren Gesundheitszustand und die Therapieerfolge durch Wechselwirkungen erheblich beeinflussen. Um diesbezügliche Risiken zu minimieren, ist es notwendig, dass Sie die folgenden Fragen sorgfältig beantworten. Ihr Anamnesebogen wird Ihren persönlichen Unterlagen beigelegt. Diese unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

1. Sind Sie zur Zeit akut in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, seit wann und warum:

Name, Ort des Hausarztes

Telefonnummer

2. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

nein ja, folgende: _____

3. Haben Sie jemals Bisphosphonate eingenommen?

nein ja

4. Nehmen Sie regelmäßig „Blutverdünner“? (z.B. Marcumar, Aspirin, ASS, sonstige)

nein ja, folgende: _____

5. Besteht eine Schwangerschaft?

nein ja, welcher Monat? _____

6. Infektionserkrankungen:

nein HIV TBC Hepatitis B Hepatitis C

7. Herz-Kreislaufkrankung nein ja

8. Hoher Blutdruck nein ja

9. Niedriger Blutdruck nein ja

10. Haben Sie einen Herzschrittmacher nein ja

11. Haben Sie eine künstliche Herzklappe nein ja

12. Asthma oder Lungenerkrankung nein ja

13. Lebererkrankung nein ja

14. Nierenerkrankung nein ja

15. Schilddrüsenerkrankung nein ja

16. Rheuma nein ja

17. Osteoporose nein ja

18. Haben Sie ein künstl. Hüft-/Kniegelenk nein ja

19. Chronische Magen-Darm-Erkrankung nein ja

20. Blutgerinnungsstörung/Blutungsneigung nein ja

21. Epilepsie nein ja

22. Grüner Star nein ja

23. Diabetes nein ja

24. Haben oder hatten Sie Allergien? nein ja, folgende: _____

25. Weitere Erkrankungen: _____

26. Leiden Sie akut unter Zahnschmerzen? nein ja, welcher Bereich: _____
27. Ist Ihre Kaufähigkeit beeinträchtigt? nein ja
28. Leiden Sie unter Zahnfleischbluten? nein ja
29. Knirschen Sie oft mit den Zähnen? nein ja
30. Haben Sie eine „Knirscherschiene“? nein ja
31. Haben Sie Kiefergelenksprobleme? nein ja
32. Leiden Sie unter chronischen Kopf-,
Nacken-, oder Schulterschmerzen? nein ja
33. Leiden Sie unter Mundgeruch? nein ja
34. Rauchen Sie mehr als 4 Zigaretten tgl.? nein ja

Die folgenden Fragen sind nur für Patienten, die zum ersten Mal in unsere Praxis kommen:

35. In welchen Abständen lassen Sie eine „Professionelle Zahnreinigung“ durchführen? vierteljährlich halbjährlich jährlich
36. Waren Sie in den letzten 2 Jahren in zahnärztlicher Behandlung? nein ja - was wurde gemacht? _____
-

Wir sind vom Gesetzgeber verpflichtet die Angaben zur Anamnese aktuell zu halten. Bitte teilen Sie uns deshalb mit, wenn sich etwas an Ihrem Gesundheitszustand bzw. an den Patientendaten verändert hat.

Beachten Sie auch, dass Medikamente und Betäubungsspritzen ihr Reaktionsvermögen im Straßenverkehr beeinträchtigen können.

Bitte sagen Sie vereinbarte Termine so früh wie möglich, mindestens jedoch 24 Stunden vorher ab.

Mit der Unterschrift bestätige ich, dass ich die gemachten Angaben nach bestem Wissen und wahrheitsgemäß beantwortet habe.

Ort, Datum

Unterschrift
(bei Minderjährigen Unterschrift eines
Erziehungsberechtigten o. ges. Vertreter)