

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. Alle Angaben werden Ihren persönlichen Unterlagen angefügt und unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient Herr/Frau Name _____ Vorname _____ geb. (+Ort) _____
Mitglied/Versicherter Name _____ Vorname _____ geb. _____
Anschrift PLZ _____ Ort _____
 Straße/Nr. _____ Tel. _____
 E-Mail-Adresse _____ Mobil _____
Beruf _____ Arbeitgeber _____
Hausarzt _____
**Name der Krankenkasse/
 Privatkrankenkasse** _____
 Beihilfeberechtigt zusätzlich versichert freiwillig versichert

ALLGEMEINE SITUATION

	ja	nein
Allergie/Medikamentenallergie (z.B. Penicillin)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche? _____		
Haben Sie einen Allergiepass?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nehmen Sie z.Zt. Medikamente ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche? _____		

Blutdruck: niedrig <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> hoch <input type="radio"/>		
Herzerkrankungen/Herzrhythmusstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tragen Sie einen Herzschrittmacher oder Herzklappenersatz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nehmen Sie Blutverdünner (z.B. Marcumar, ASS) oder leiden Sie an einer Blutungsneigung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infektionskrankheiten (Hepatitis, TBC, HIV)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ZAHN-MUND-SITUATION

	ja	nein
Zahnfleischbluten, Zahnfleischrückgang	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Geräusche im Kiefergelenk (z.B. beim Kauen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen am Kopf oder im Nacken?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind Sie mit der Stellung/Farbe/Form Ihrer Zähne, kurz: mit Ihrem „Lächeln“, zufrieden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wurden Sie in den letzten zwei Jahren zahnärztlich geröntgt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch?		

Haben Sie Zahnschmerzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie Angst vor Zahnbehandlungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind Sie an unserem Prophylaxeprogramm interessiert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja / nein		ja / nein
Erkrankungen der Atemwege	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Epilepsie	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Magen-Darmerkrankung	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Leiden Sie an Depressionen?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Lebererkrankung	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel/Tag? _____	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Nierenerkrankung	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Sind/waren Sie Alkohol-/Drogenabhängig?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/> <input type="radio"/>		
Glaukom (<i>erhöhter Augeninnendruck</i>)	<input type="radio"/> <input type="radio"/>		

Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? Ja _____ (Woche) Nein Ungewiss

(Wegen des Mutterschutzes bitten wir um sofortige Mitteilung, wenn während des Behandlungszeitraumes eine Schwangerschaft eintritt!)

Welches besondere Anliegen führt Sie in unsere Praxis?

Bei wem dürfen wir uns dafür bedanken, dass Sie unsere Praxis aufsuchen?

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Fahrtauglichkeit nach einer lokalen Betäubung eingeschränkt ist. Gern rufen wir Ihnen ein Taxi, welches Sie nach Hause bringt.

Wir bitten Sie, uns Änderungen Ihres Gesundheitszustands unverzüglich mitzuteilen. Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis wohl fühlen und stehen Ihnen bei Fragen gerne zur Verfügung.

Wir bieten Ihnen den Service einer reinen Bestellpraxis. Das heißt, an Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert. **Wir bitten Sie daher, Termine rechtzeitig - mindestens 24 Stunden vorher - abzusagen. Wir behalten uns vor, Ihnen andernfalls die Kosten für die reservierte Zeit in Rechnung zu stellen.**

Das gibt uns die Chance, Termine anderen Patientinnen und Patienten anzubieten. Eine lange Wartezeit kann so häufig vermieden werden.

Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Gesundheitsangaben und Ihre Kenntnisnahme mit Ihrer Unterschrift.

Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter)