

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 und das Wundheilungsverhalten haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliches

Name / Vorname Geburtsdatum

Straße / Nr. PLZ / Ort

Tel. privat Mobil

E-Mail Beruf

Krankenkasse / private Krankenversicherung

gesetzlich versichert ☐ ja ☐ nein privat versichert ☐ ja ☐ nein

Zusatzversicherung ☐ ja ☐ nein beihilfeberechtigt ☐ ja ☐ nein

Basistarif ☐ ja ☐ nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter? (bei Kindern, der Erziehungsberechtigter)

Name / Vorname Geburtsdatum

Straße / Nr. PLZ / Ort

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name Ort

Tel.

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 gern ein Taxi, das Sie sicher nach Hause bringt.

Hinweise zur Organisation

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte geben Sie uns mindestens 48 Stunden vorher Bescheid. Andernfalls müssen wir Ihnen eine Ausfallgebühr nach geltender Satzung berechnen.

Kostenhinweis

Wie allgemein üblich, berechnen wir Leistungen außerhalb der kassenärztlichen Vertragsrichtlinien nach Aufwand und gemäß der Steigerungssätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ).

In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

☐ von Bekannten, Freunden empfohlen

☐ Internet, über die Seite

☐ Sonstiges

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

Möchten Sie von uns per SMS, E-Mail oder telefonisch an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnert werden? ☐ ja ☐ nein

Warum suchen Sie uns auf? Wünschen Sie eine/n ...

- ☐ Routinekontrolle ☐ neuen Zahnersatz
☐ Beratung ☐ „zweite Meinung“
☐ Schmerzbehandlung
☐ andere Gründe:

.....

Haben Sie akute Zahnschmerzen? ☐ ja ☐ nein

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der / des ...

- Herzens oder Kreislaufs ☐ ja ☐ nein
Leber ☐ ja ☐ nein
Nieren ☐ ja ☐ nein
Schilddrüse ☐ ja ☐ nein
Magen-Darm-Traktes ☐ ja ☐ nein
Gelenke (Rheuma) ☐ ja ☐ nein
Wirbelsäule ☐ ja ☐ nein

Haben oder hatten Sie ...

- hohen Blutdruck ☐ ja ☐ nein
niedrigen Blutdruck ☐ ja ☐ nein
Diabetes ☐ ja ☐ nein
Zahnfleischbluten ☐ ja ☐ nein
Ohrensausen / Tinnitus ☐ ja ☐ nein
Epilepsie ☐ ja ☐ nein
Grünen Star ☐ ja ☐ nein
Tuberkulose ☐ ja ☐ nein
Osteoporose ☐ ja ☐ nein
HIV (Aids) ☐ ja ☐ nein
Hepatitis ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, welcher Typ? ☐ A ☐ B ☐ C
Corona ☐ ja ☐ nein
Allergien ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, wogegen?

.....

.....

Sonstige Infektionen / Erkrankungen:

.....

.....

.....

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie ...

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

Medikamente: Nehmen Sie ...

- ☐ Herzmedikamente ☐ Cortison (Kortikoide)
☐ Schmerzmittel ☐ Antidepressiva
☐ blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar®, ASS?
☐ Bisphosphate
☐ 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? ☐ ja ☐ nein

Fühlen Sie sich psychisch stark belastet? ☐ ja ☐ nein

Rauchen Sie? ☐ ja ☐ nein

Wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung Ihrer Zähne?

.....

Fragen / Anmerkungen

.....

.....

.....

.....

.....

Datum, Unterschrift