



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

.....

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
- einen Herzschrittmacher
- Endokartitis
- Angina Pectoris
- einen Herzinfarkt

Medikamente: Nehmen Sie ...

- Herzmedikamente
- Schmerzmittel
- blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar®, ASS?
- Bisphosphate
- andere Medikamente:
- Cortison (Kortikoide)
- Antidepressiva

.....

.....

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