

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

Persönliches

Patient/-in Herr/Frau/Kind

Name/Vorname _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Telefon/mobil _____ E-Mail _____

*Beruf _____

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

Name/Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Telefon/mobil _____

Krankenkasse / Privatversicherung

Gesetzlich versichert ja nein Zusatzversicherung ja nein

Privat versichert ja nein Beihilfeberechtigt ja nein

Besitzen Sie ein Bonusheft? ja nein

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

von Bekannten empfohlen Internet Sonstiges _____

Für unsere Patientinnen

Besteht eine Schwangerschaft? ja, wievielte Woche? _____ nein

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name: _____ Ort: _____

Hinweise zur Organisation

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte sagen Sie ihn mindestens 24 Stunden vorher ab.

Haben/hatten Sie eine der folgenden Krankheiten?

Herz-Kreislaufs-Erkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Diabetes	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Epilepsie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Leberkrankheiten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Osteoporose	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Asthma	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Nierenfunktionsstörungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Tinnitus	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Gelenke (Rheuma)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
HIV- Infektion	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Tumor/ Karzinom / Krebs	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zahnfleischbluten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Bluterkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hepatitis	<input type="checkbox"/> ja, welcher Typ? _____		<input type="checkbox"/> nein		
Eine Gelenkprothese (z.B. künstliches Knie-/Hüftgelenk)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Stents	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Endokarditis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bypass	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Schlaganfall	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Blutdruck	<input type="checkbox"/> niedrig	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> hoch		
Sonstige Herzerkrankungen	_____				

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

Herzmedikamente ja, welche? _____ nein

Blutverdünnende Medikamente, wenn ja welche? _____

Bisphosphonate ja nein

Andere Medikamente ja, welche? _____ nein

Bestehen Suchtkrankheiten ja, welche _____ nein

Allergien/Unverträglichkeiten

ja, welche _____ nein

Schnarchen Sie? Rauchen Sie? Knirschen/Pressen Sie mit den Zähnen?

Sonstige Krankheiten/ Angaben

Einverständnis zum Recall

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten für einen Erinnerungsservice der Vorsorge-Untersuchung sowie Erinnerung an einen Vereinbarten Termin verwendet werden.

Nein ja, per Brief E-Mail SMS

Datum, Ort

Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter