



ZAHNHEILKUNDE

IM ERLLENHOF

Miriam Diedrichsen

ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient!

Bevor wir uns in Ruhe um Ihre zahnmedizinischen Anliegen und Wünsche kümmern können, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies dient dazu, unsere Behandlung darauf abstimmen zu können und unnötige Risiken zu erkennen und zu vermeiden. Füllen Sie deshalb bitte nachstehenden Fragebogen sorgfältig aus und melden Sie uns zukünftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes oder einer Medikamenteneinnahme. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.

Bitte beachten Sie auch unsere Hinweise am Ende dieser Seite. Sollten Sie Fragen haben, sprechen Sie uns gerne an.

Persönliches / Patient

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Tel. privat _____ Tel. mobil _____

E-Mail _____ Beruf _____

Krankenkasse/private Krankenversicherung _____

gesetzlich versichert ja nein Zusatzversicherung ja nein

privat versichert ja nein beihilfeberechtigt ja nein Basis-oder Standardtarif ja nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name _____ Ort _____

Tel. _____

Liegt ein Pflegegrad nach §15 SGB XI oder eine Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII vor? ja nein

Gibt es einen gesetzlichen Vertreter/Vormund? Wenn ja, wen? _____

Hinweise zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass das Reaktionsvermögen im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann. Dies kann der Behandlung selbst oder dem Einfluss der Lokalanästhesie oder anderen Medikamenten geschuldet sein.

Recall-Service

Möchten Sie von uns per Post, E-Mail oder telefonisch an die Vereinbarung einer Vorsorgeuntersuchung oder eines Prophylaxe-Termins erinnert werden? ja nein

In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? durch Empfehlung Zeitung Internet Sonstiges

Können Sie einen Termin nicht einhalten? Dann geben Sie uns bitte mindestens 24 Stunden vorher Bescheid, damit wir anderen Patienten oder Schmerzfällen diese Zeit einräumen können!

Bitte lesen und beachten Sie auch unsere Hinweise zur Datenverarbeitung, die für Sie an der Anmeldung ausliegen!

Bitte füllen Sie auch die nächste Seite

ANAMNESEBOGEN

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

Routinekontrolle Beratung Schmerzbehandlung neuen Zahnersatz Sonstiges

Haben Sie akute oder gelegentliche Zahnschmerzen? akut gelegentlich keine Schmerzen

Sind Sie Angstpatient? ja nein

Waren Sie in den letzten 2 Jahren in ärztlicher Behandlung? ja nein

Falls ja, aus welchem Grund? _____

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

Herz-/Kreislaufferkrankungen

Herzschwäche (Insuffizienz) ja nein
Herzrhythmusstörungen ja nein
Angina pectoris ja nein
Herzinfarkt ja nein
Herzschrittmacher ja nein
Künstliche Herzklappe(n) ja nein
Herzfehler (angeboren oder erworben) ja nein
Endokarditis (Herzinnenwandentzündung) ja nein
Hoher Blutdruck ja nein
Niedriger Blutdruck ja nein
Ohnmachtsneigung ja nein
Wie hoch ist Ihr Blutdruck normalerweise? _____/_____
Sonstiges _____

Bluterkrankungen

Blutungsneigung (Hämophilie) ja nein
Blutarmut (Anämie) ja nein
Haben Sie jemals Spenderblut oder Spenderorgane bekommen? ja nein
Sonstiges _____

Erkrankungen des Nervensystems

Epilepsie/epileptiforme Anfälle ja nein
Psychosomatische Erkrankungen ja nein
Depressionen ja nein
Sonstiges _____

Augenerkrankungen

Grauer Star ja nein
Grüner Star (Glaukom) ja nein

Stoffwechselerkrankungen

Zuckerkrankheit (Diabetes) ja nein
Lebererkrankungen/ -insuffizienz ja nein
Nierenerkrankungen/ -insuffizienz ja nein
Schilddrüsenerkrankung ja nein
Wundheilungsstörungen ja nein
Sonstiges _____

Weitere Erkrankungen der inneren Organe

Atemwegserkrankungen/Asthma ja nein
Magen-Darm-Erkrankungen ja nein
Osteoporose ja nein
Tumorerkrankungen/-operationen ja nein
Erhielten Sie jemals eine Bisphosphonat-Therapie bei Osteoporose oder Tumorerkrankungen? ja nein

Sonstiges _____

Infektionskrankheiten

Tuberkulose ja nein
Herpes ja nein
HIV/AIDS ja nein
Hepatitis ja nein
Falls ja, welcher Typ A B C
Sonstiges _____

Suchtkrankheiten

Rauchen Sie? ja nein
Besteht oder bestand eine Alkoholsucht? ja nein
Andere Drogen oder Abhängigkeiten:

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein Falls ja, in welcher Woche _____

Wann wurde das letzte Mal der Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt? _____

Bestehen Allergien? ja nein

Falls ja, welche? _____

Ist ein Allergiepass vorhanden? ja nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Falls ja, welche? _____