

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. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht unserer Praxis.

Persönliches

Patient: _____
Name Vorname Geburtsort Geburtsdatum
versichert

über: _____
Name Vorname Geburtsort Geburtsdatum

Anschrift: _____
Straße Postleitzahl Ort

Telefon: _____
Privat Handy Krankenkasse

Beruf: _____

Telefon

E-Mail

Hausarzt: _____
Name Anschrift Telefon

Haben Sie einen Pflegegrad? Wenn ja, welchen _____? ☐ ja ☐ nein

In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

☐ von Bekannten empfohlen ☐ Telefon/ Branchenbuch ☐ Internet ☐ Sonstiges

Möchten Sie von uns an Ihre halbjährliche Untersuchung erinnert werden? ☐ ja ☐ nein

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

- | | |
|--|---|
| ☐ Eingehende Untersuchung | ☐ Beratung |
| ☐ Schmerzbehandlung | ☐ zweite Meinung |
| ☐ neuen Zahnersatz | ☐ andere Gründe |

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der/des

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

Medikamente - Nehmen Sie...

- | | |
|---|---|
| ☐ Herzmedikamente | ☐ Schmerzmittel |
| ☐ Cortison (Kortikoide) | ☐ Antidepressiva |
| ☐ blutverdünnende Medikamente, wenn ja welche? | |

☐ andere Medikamente, wenn ja welche?

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen
Medikamente
oder Spritzen aufgetreten? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, gegen welche?

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 |
| Rheuma | ☐ ja | ☐ nein |
| Schilddrüsenerkrankung | ☐ ja | ☐ nein |
| Asthma | ☐ ja | ☐ nein |
-
- | | | |
|-----------------------|-----------------------------|---|
| Tuberkulose | ☐ ja | ☐ nein |
| HIV (Aids) | ☐ ja | ☐ nein |
| Hepatitis | ☐ ja | ☐ nein |
| Wenn ja, welcher Typ? | ☐ A | ☐ B ☐ C |
| Allergien | ☐ ja | ☐ nein |
| Wenn ja, welche? | | |

Für unsere Patientinnen

Sind Sie Schwanger? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, in welcher Woche?

Zum Schluss

Knirschen Sie mit Ihren Zähnen ☐ ja ☐ nein

Fühlen Sie sich psychisch stark belastet?

☐ ja	☐ nein
Rauchen Sie?	☐ ja ☐ nein
Wünschen Sie zum Bohren eine Betäubung	☐ ja ☐ nein

Fragen/ Anmerkungen:

Sonstige Infektionen/ Erkrankungen

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie...

☐ eine Herzklappenentzündung

_____ Datum

Unterschrift

☐ einen Herzschrittmacher

☐ Angina Pectoris

☐ einen Herzinfarkt

Wichtiger Hinweis !

Sollten Sie Ihren vereinbarten Termin innerhalb 24h Stunden nicht absagen, behalten wir uns vor die Behandlung nach §615 laut BGB in Rechnung zu stellen. Wir bitten daher um rechtzeitige Absage.