

ANAMNESE



Zahnärztin
M.Sc. Oral Implantology

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.

Name	Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
<input type="text"/>			
Straße / Hausnummer	PLZ	Wohnort	
<input type="text"/>			
Telefon privat	Telefon geschäftlich	Handynummer	
<input type="text"/>			
E-Mail-Adresse	Beruf		
<input type="text"/>			
Krankenkasse / -versicherung	<input type="radio"/> gesetzlich versichert	<input type="radio"/> privat versichert	<input type="radio"/> zusatzversichert
Name des Hauptversicherten	Vorname des Hauptversicherten	Geburtsdatum des Hauptversicherten	
<input type="text"/>			
Adresse des Hauptversicherten			
<input type="text"/>			
Hausarzt (Name, Ort, Telefon)			
<input type="text"/>			

HINWEISE ZUR ORGANISATION

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung und Bearbeitung meiner Daten einverstanden. Alle persönlichen Änderungen, die sich während der Behandlungszeit ergeben, teile ich dem Behandlungsteam mit. Vereinbarte Behandlungstermine werden von mir rechtzeitig, spätestens 48 Stunden vorher abgesagt. Ich bin darüber informiert, dass nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

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.

IN EIGENER SACHE

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- von Bekannten empfohlen Telefon- / Branchenbuch Zeitungsanzeige
- Überweisung von
- Internet, über die Seite
- Sonstiges

Möchten Sie unseren Praxisnewsletter per E-Mail erhalten? ja nein

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

WARUM SUCHEN SIE UNS AUF?

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

Bitte beachten Sie auch die Rückseite!

Seite 1 von 2

ANAMNESE



Zahnärztin
M.Sc. Oral Implantology

HABEN SIE AKUTE SCHMERZEN? ja nein
Wenn ja, wie äußern sich diese?

- Dauerschmerz
- Zähne reagieren auf süß / sauer
- Manche Zähne sind temperaturempfindlich
- Zähne schmerzen bei Belastung oder Kauen
- Zähne schmerzen auch ohne Belastung
- Schmerzen oder Entzündungen am Zahnfleisch
- Kieferschmerzen / Kiefergelenkschmerzen

LEIDEN ODER LITTEN SIE AN ERKRANKUNGEN DER / DES ...

- 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
- Osteoporose ja nein
- Epilepsie ja nein
- Grünen Star ja nein
- Tuberkulose ja nein
- HIV (Aids) ja nein
- Hepatitis ja nein
- Wenn ja, welcher Typ? A B C
- Allergien ja nein

Wenn ja, wogegen?

eine Gelenkprothese ja nein
(z. B. künstliches Knie- oder Hüftgelenk)

Wenn ja, wo genau?

SONSTIGE INFEKTIONEN / ERKRANKUNGEN:

ZU IHREM HERZEN: HABEN ODER HATTEN SIE...

- Stents Bypass
- Herzschrittmacher Angina Pectoris
- Herzinfarkt Herzklappenentzündung
- künstliche Herzklappe
-

MEDIKAMENTE: NEHMEN SIE ...

- Herzmedikamente Cortison (Kortikoide)
- Schmerzmittel Antidepressiva
- blutverdünnende Medikamente
(Marcumar®, ASS Clopidogrel, Xarelto o.ä.)
- 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

Rauchen Sie? ja nein

FRAGEN / ANMERKUNGEN:

Teilen Sie uns bitte mit, falls sich Ihr Gesundheitszustand geändert hat!

Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit und Vollständigkeit Ihrer Gesundheitsangaben mit Ihrer Unterschrift.

Ort

Datum

Unterschrift