

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. Bitte beantworten Sie diese Fragen gewissenhaft – Sie helfen uns damit, die Ursachen für Ihre gesundheitlichen Probleme schneller zu finden.

PERSÖNLICHE INFORMATION

Name / Vorname	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Straße / Nr.	<input type="text"/>	PLZ / Ort	<input type="text"/>
Tel. privat	<input type="text"/>	Tel. mobil	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>	Beruf	<input type="text"/>

Krankenkasse / private Krankenversicherung

gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	privat versichert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Basistarif	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	beihilfeberechtigt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?:

Name / Vorname	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Straße / Nr.	<input type="text"/>	PLZ / Ort	<input type="text"/>

Wie lautet der Name Ihrer Hausärztin / Ihres Hausarztes?

Name / Vorname	<input type="text"/>	Telefonnr.	<input type="text"/>
Straße / Nr.	<input type="text"/>	PLZ / Ort	<input type="text"/>

Hinweise zur Organisation

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte geben Sie uns mindestens 48 Stunden vorher Bescheid. Andernfalls müssen wir Ihnen eine Ausfallgebühr (350 Euro) nach geltender Satzung (nach §615 BGB) berechnen.

Kostenhinweis

Wie allgemein üblich, berechnen wir Leistungen nach Aufwand und gemäß der Steigerungssätze der GOZ. Unabhängig von einer Erstattung durch Kostenträger erklären Sie sich bereit, alle Kosten der Behandlung selbst zu tragen.

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

In eigener Sache - Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

<input type="checkbox"/> von Bekannten empfohlen	<input type="checkbox"/> Telefon- / Branchenbuch	<input type="checkbox"/> Zeitungsanzeige	<input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Überweisung von	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Internet, über die Seite	<input type="text"/>	

Falls wir empfohlen wurden, haben Sie sich im Vorfeld unseren Internetauftritt angeschaut? ja nein

Wir bieten Ihnen Terminerinnerungen an Ihre Vorsorgeuntersuchung per Post, E-Mail oder telefonisch an! Haben Sie Interesse daran? E-Mail Post Tel.

ANAMNESEBOGEN

Warum suchen Sie uns auf?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Zahnästhetik | <input type="checkbox"/> Keramikimplantate |
| <input type="checkbox"/> Biologische Zahnheilkunde | <input type="checkbox"/> „zweite Meinung“ |
| <input type="checkbox"/> Schmerzbehandlung | <input type="checkbox"/> Störfelddiagnostik (CaviTAU) |
| <input type="checkbox"/> Mikronährstoffanalyse | <input type="checkbox"/> andere Gründe: _____ |
| <input type="checkbox"/> IHHT-Sauerstofftherapie | |
| <input type="checkbox"/> Regulationsmedizin | |

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 / Kiefergelenksschmerzen

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der / des ...

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Herzens oder Kreislaufs | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Leber | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Nieren | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüse | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Traktes | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Gelenke (Rheuma) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Wirbelsäule | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Haben oder hatten Sie ...

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> hohen Blutdruck | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> niedrigen Blutdruck | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Ohrensausen / Tinnitus | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Grünen Star | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> HIV (Aids) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Wenn ja, welcher Typ? <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C | | |
| <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Wenn ja, wogegen? _____

Sonstige Infektionen / Erkrankungen: _____

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie ...

- eine Herzklappenentzündung
- einen Herzschrittmacher
- einen Herzinfarkt
- Angina Pectoris

Medikamente: Nehmen Sie ...

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Herzmedikamente | <input type="checkbox"/> Cortison (Kortikoide) |
| <input type="checkbox"/> Schmerzmittel | <input type="checkbox"/> Antidepressiva |
| <input type="checkbox"/> blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar®, ASS? | |
| <input type="checkbox"/> Bisphosphonate | |
| <input type="checkbox"/> andere Medikamente: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Wenn ja, wogegen? _____

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 die letzte ja nein

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung Ihrer Zähne? _____

Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden? ja nein

Fragen / Anmerkungen:

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum _____

Unterschrift _____