Anamnesebogen

ZAHNARZTPRAXIS DR. PATERNO

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

Name / Vorname _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Tel. Festnetz _____ Tel. mobil _____

E-Mail _____ Beruf _____

Krankenkasse / private Krankenversicherung _____

gesetzlich versichert ❍ ja ❍ nein Zusatzversicherung ❍ ja ❍ nein

privat versichert ❍ ja ❍ nein beihilfeberechtigt ❍ ja ❍ nein

Standardtarif ❍ ja ❍ nein Sondertarif (z.B. Basistarif) ❍ ja ❍ nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name _____ Ort _____

Tel. _____

Hinweise zur Organisation

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

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

Anamnesebogen

ZAHNARZTPRAXIS DR. PATERNO

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

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

_____

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
Blutgerinnungsstörungen	❍ ja	❍ nein
Asthma	❍ ja	❍ nein
Zahnfleischbluten	❍ ja	❍ nein
Lungenerkrankung	❍ ja	❍ nein
Ohrensausen / Tinnitus	❍ ja	❍ nein
Osteoporose	❍ ja	❍ nein
Epilepsie	❍ ja	❍ nein
Grünen Star	❍ ja	❍ nein
Grauen Star	❍ ja	❍ nein
Ohnmachtsneigung	❍ 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 (z.B. künstliches Knie- oder Hüftgelenk)	❍ ja	❍ nein
Wenn ja, wo genau? _____		

Sonstige Infektionen / Erkrankungen:

_____

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie...

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

Medikamente: Nehmen Sie ...

- ❍ Herzmedikamente
- ❍ Cortison (Kortikoide)
- ❍ Schmerzmittel
- ❍ Antidepressiva
- ❍ blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar®, ASS?
- ❍ 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
Trinken Sie exzessiv Alkohol?	❍ ja	❍ nein
Nehmen Sie Drogen?	❍ ja	❍ nein

Fragen / Anmerkungen:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Datum **Unterschrift**