

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. Eventuell vorliegende Allgemeinerkrankungen können eine zahnärztliche Behandlung beeinflussen. Daher bitten wir Sie, zu Ihrer eigenen Sicherheit, diesen Anamnesebogen gewissenhaft auszufüllen. Bei Unklarheiten helfen wir Ihnen gerne weiter. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der Schweigepflicht.

PERSÖNLICHES

Name/Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
Mitversichert bei: _____ Ehegatte Vater/ Mutter
Straße / Nr.: _____ PLZ / Ort: _____
Tel. mobil: _____ Tel. privat: _____
E-Mail: _____ Beruf: _____
Krankenkasse _____ Hausarzt/Ort _____
 Gesetzlich Zahnzusatzversicherung Privat Beihilfeberechtigt Basistarif

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

ALLGEMEINE ANAMNESE

Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

Erkrankungen des Herz- und Kreislaufsystems ja nein
 Herzinfarkt Herzschrittmacher Herzrhythmusstörungen Künstliche Herzklappe
 Bypass Herzfehler Angina Pectoris
 Erhöhter Blutdruck Niedriger Blutdruck Blutgerinnungsstörungen
Atemwegserkrankungen ja nein Asthma Atemnot
Infektionserkrankungen ja nein HIV/Aids TBC Hepatitis
Nierenerkrankungen ja nein Dialyse Chron. Niereninsuffizienz
Stoffwechselstörungen ja nein Diabetes Schilddrüse
Erkrankungen des Knochen- und Skelettsystems ja nein Osteoporose Muskelerkrankung
 Rheuma Künstliche Gelenke
Magen-Darm-Erkrankungen ja nein _____
Augenerkrankung ja nein _____
Epilepsie ja nein _____
Tumorleiden ja nein _____
Ohrensausen/Tinnitus ja nein _____
Allergien ja nein _____

FÜR UNSERE PATIENTINNEN

Sind Sie schwanger? ja nein wenn ja, in welcher Woche? _____

- bitte wenden -

ZAHNÄRZTLICHE ANAMNESE

Zahnfleischbluten ja nein

Zahnfleischrückgang ja nein

Geräusche im Kiefergelenk ja nein

Schmerzen im Kopf und/oder Nackenbereich ja nein

Mundgeruch/schlechter Geschmack ja nein

Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen? ja nein

Rauchen Sie? ja nein

Anzahl pro Tag _____

Sind Sie mit der Stellung/Farbe/Form Ihrer

Zähne – kurz: mit Ihrem Lächeln - zufrieden? ja nein

Zeitraum der letzten zahnärztlichen Röntgenaufnahme _____

MEDIKAMENTE

Nehmen Sie zurzeit oder regelmäßig Medikamente ein?

Blutverdünner ja nein wenn ja, welcher? _____

Bisphosphonate ja nein

Herzmedikamente ja nein

Schmerzmittel ja nein

Andere Medikamente: _____

RECALL

Möchten Sie regelmäßig an Ihre Untersuchungstermine erinnert werden?

ja nein

SMS Email Post

Wünschen Sie eine automatische Terminerinnerung per SMS? ja nein

HABEN SIE FRAGEN ZU...

Implantaten? Bleaching? metallfreie Versorgungen?

unsichtbare Zahnspange (Schienenregulierung)? Frontzahnästhetik?

HINWEISE ZUR ORGANISATION

Wir sind eine Bestellpraxis. Wenn Ihr Zahnarzt seine Zeit für Sie reserviert und Sie nicht erscheinen, sind weder er noch seine Mitarbeiter in der Zeit beschäftigt. Für den Fall, dass Sie eine reservierte Behandlungszeit nicht in Anspruch nehmen können, bitten wir Sie deshalb mindestens 48 Stunden vorher abzusagen. Bei mehrmaligem Nichterscheinen ohne vorherige Absage müssen wir Ihnen eine Ausfallgebühr (75 Euro pro Stunde) nach geltender Satzung (§615 Satz BGB §287 ZPO) berechnen.

HINWEIS ZUR VERKEHRSTÜCHTIGKEIT

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.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter