

Anamnesebogen

Liebe Patientin, Lieber Patient,

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person (auf dieser Seite 1) auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand (im Innenteil, ab Seite 2). Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deshalb bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen sorgfältig auszufüllen.

Patient Herr / Frau

Name	Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
------	---------	--------------	------------

Mitglied/Versicherter

Name	Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
------	---------	--------------	------------

Anschrift

Postleitzahl	Ort	Straße
--------------	-----	--------

Telefon (Festnetz)	Mobil	E-Mail Adresse
--------------------	-------	----------------

Telefon (geschäftlich)	Arbeitgeber	Beruf
------------------------	-------------	-------

Überweisender Arzt/Zahnarzt

Name	Adresse	Telefon
------	---------	---------

Hausarzt

Name	Adresse	Telefon
------	---------	---------

Alkoholgenuss

NEIN JA selten oft regelmäßig

Raucher

NEIN JA _____ Zigaretten pro Tag

Regelmäßige Medikamente

Name des Medikamentes	Einnahme seit
-----------------------	---------------

Name des Medikamentes	Einnahme seit
-----------------------	---------------

Name des Medikamentes	Einnahme seit
-----------------------	---------------

Sonstige Hinweise

Gesundheitsfragen

Auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deshalb bitten wir Sie, diesen Anamnesebogen / Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen beigelegt. Die Angaben dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Ihre Angaben werden von uns elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Herzerkrankungen

	JA	NEIN
Herzschwäche (Insuffizienz)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzasthma, Angina Pectoris	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzschriftmacher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kreislauferkrankungen

	JA	NEIN
Zu hoher Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zu niedriger Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzinfarkt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Falls JA, wann:		
Einnahme gerinnungshemmender Medikamente z. B. Marcumar, Plavix	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Diese:

Ohnmachtsanfälle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
------------------	-----------------------	-----------------------

Stoffwechselerkrankungen

	JA	NEIN
Zuckerkrankheit (Diabetes Mellitus)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schildrüsenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wurden Sie mit Bisphosphonaten (Medikament bei Osteoporose) behandelt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bluterkrankungen

Blutungsneigungen (Hämophilie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blutarmut (Anämie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Allergien

Penicillin-Überempfindlichkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Besitzen Sie einen Allergiepass?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Überempfindlichkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gegen:

Infektionskrankheiten

	JA	NEIN
Leberentzündung / Gelbsucht (Hepatitis A oder B)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tuberkulose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aids, HIV-positiv	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chronische Erkrankungen der Atemwege	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diese:		

Immunsystem

Leiden Sie unter Erkrankungen des Immunsystems?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diese:		

Zahnerkrankungen

Geräusche im Kiefergelenk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Falls JA, seit wann (Jahre):		

Weitere Angaben

UNGEWISS	JA	NEIN	
Sind Sie schwanger?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Falls JA, welche Woche?			
Wegen des Mutterschutzes bitten wir um sofortige Mitteilung, wenn während des Behandlungszeitraumes eine Schwangerschaft eintritt!			

Sonstige Erkrankungen

Diese:			
Pflegegrad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Eingliederungshilfe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Haben Sie ein bestimmtes Anliegen, welches Sie in unsere Praxis führt?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="radio"/> Vorsorgeuntersuchung / jährliche Kontrolle | <input type="radio"/> Beratung | <input type="radio"/> Schmerzbehandlung |
| <input type="radio"/> Neuer Zahnersatz | <input type="radio"/> Überweisung Arzt | <input type="radio"/> Zweite Meinung |
| <input type="radio"/> Sonstiges: | | |
-

	weniger wichtig		sehr wichtig		
	1	2	3	4	5
Wie wichtig sind Ihnen gesunde Zähne?	<input type="radio"/>				
Wie wichtig sind Ihnen schöne Zähne?	<input type="radio"/>				
Wie wichtig ist Ihnen ein guter Biss?	<input type="radio"/>				
Wie wichtig ist Ihnen ein frischer Atem?	<input type="radio"/>				
Wie wichtig ist Ihnen Zahnerhalt?	<input type="radio"/>				

Wann wurden Sie das letzte Mal zahnärztlich geröntgt?

Vor wie vielen Monaten?

Zahnarzt

Straße / Nr.

PLZ Ort

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Ihre Fahrtauglichkeit nach einer lokalen Betäubung eingeschränkt ist, und bitten Sie, uns Änderungen Ihres Gesundheitszustands unverzüglich mitzuteilen.

Ihre Angaben werden von uns ggf. elektronisch verarbeitet und gespeichert. Sie unterliegen den Bestimmungen des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich Kenntnisnahme der Hinweise und die Richtigkeit der gemachten Angaben.

Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter)



Bitte beachten Sie auch die Datenschutzrichtlinien auf der Rückseite und füllen Sie diese aus!

Bitte umblättern! 

