



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 der ärztlichen Schweigepflicht.

PERSÖNLICHES

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

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name, Vorname	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>
Sind Sie Behilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Wer ist Ihr Hausarzt / Heilpraktiker?		Name	<input type="text"/>
Ort	<input type="text"/>	Tel	<input type="text"/>

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

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

Falls Sie eine Empfehlung hatten, haben Sie sich im Vorfeld unseres Internetauftritt angeschaut? ja nein

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

Möchten Sie von uns an Ihre viertel- oder halbjährlichen Vorsorgeuntersuchungen erinnert werden? ja nein

Wenn ja, wie? Telefon per Post SMS E-Mail

Hinweise zur Organisation

Unser Praxiskonzept basiert auf einem Termin-Bestellsystem, so dass in Ihrem Interesse kaum Wartezeiten für Sie auftreten. Wir bitten Sie daher, Termine mind. 24 Std. vorher abzusagen, ansonsten behalten wir uns eine Rechnungsstellung für Ausfallzeiten vor.

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

<input type="radio"/> Routinekontrolle?	<input type="radio"/> Neuen Zahnersatz?	<input type="radio"/> Amalgamsanierung?	<input type="radio"/> „zweite Meinung“?
<input type="radio"/> Beratung?	<input type="radio"/> Schmerzbehandlung?	<input type="radio"/> Andere Gründe:	<input type="text"/>

Haben Sie akute Schmerzen? ja nein

Wenn ja, wie äußern sich die Schmerzen?

- Dauerschmerz
- Manche Zähne sind temperaturempfindlich
- Schmerzen oder Entzündungen am Zahnfleisch

- Zähne reagieren auf süß / sauer
- Zähne schmerzen bei Belastung, Kauen
- Kiefer / Kiefergelenk

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der / des

Herzens oder Kreislaufs ja nein

Nieren ja nein

Magen-Darm-Traktes ja nein

Ohrensausens / Tinnitus ja nein

Migräne ja nein

Leber ja nein

Schilddrüse ja nein

Gelenke (Rheuma) ja nein

Wirbelsäule ja nein

Prostataerkrankung ja nein

Haben oder hatten Sie ...

Hohen Blutdruck ja nein

Niedrigen Blutdruck ja nein

Diabetes ja nein

Zahnfleischbluten ja nein

Epilepsie ja nein

Grünen Star ja nein

Tuberkolose ja nein

Gerinnungsstörungen ja nein

HIV (Aids) ja nein

Allergien ja nein

Hepatitis ja nein

Wenn ja, wogegen?

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie ...

Eine Herzklappenentzündung ja nein

Angina Pectoris ja nein

Einen Herzschrittmacher ja nein

Einen Herzinfarkt ja nein

Nehmen Sie folgende Medikamente?

Herzmedikamente ja nein

Cortision (Kortikoide) ja nein

Schmerzmittel ja nein

Antidepressiva ja nein

Blutverdünnende Medikamente
(z.B. Marcumar, ASS) ja nein

Andere Medikamente

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten? ja nein

Wenn ja, gegen welche?

Sind Sie schwanger? ja nein

In welcher Woche?

Knirschen Sie mit den Zähnen? ja nein

Fühlen Sie sich psychisch stark belastet? ja nein

Rauchen Sie? ja nein

Bemerkungen

Um den Verwaltungsaufwand für Sie so gering wie möglich zu halten, bitten wir Sie darum, Kosten bis zu 150 EUR nach Möglichkeit in bar zu zahlen.

Datum

Unterschrift