

Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie um die Beantwortung des nachfolgenden Fragebogens. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Bitte beachten Sie, dass diese Angaben der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen und zu Ihrer Sicherheit dienen.

Patient

Name / Vorname _____ geboren am _____

Straße / Nummer _____

PLZ / Ort _____ Telefon _____

Versicherter (falls abweichend)

Name / Vorname _____ geboren am _____

Krankenkasse

Privat versichert Gesetzlich versichert Zusatzversichert

Name der Krankenkasse _____

Beruf _____

Arbeitgeber

Name _____

Straße / Nummer _____

PLZ / Ort _____ Telefon _____

Hausarzt

Name _____

Straße / Nummer _____

PLZ / Ort _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Internet
- Gelbe Seiten
- Empfehlung
- Zeitung
- Telefonbuch
- Sonstige _____

Einverständniserklärung bei Behandlung Minderjähriger

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig.

Datum, Unterschrift

Bitte wenden

Anamnesebogen

Waren Sie in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung? ja nein

Wurden Sie im letzten Jahr geröntgt? ja nein

Was ist der Anlass für den heutigen Zahnarztbesuch? _____

Haben Sie die Betäubungsspritze beim Zahnarzt bisher gut vertragen? ja nein

Trat nach einer Zahnentfernung eine Nachblutung auf? ja nein

Benutzen Sie neben der Zahnbürste noch andere Hilfsmittel? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

Allergie ja nein

Wenn ja, welche? _____

Anfallsleiden (Epilepsie) ja nein

Atemwegserkrankungen ja nein

Wenn ja, welche? _____

Blutgerinnungsstörungen ja nein

Erkrankung blutbildender Organe ja nein

Diabetes ja nein

Wenn ja, welcher Typ? _____

Glaukom (erhöhter Augendruck) ja nein

Herz-Kreislauf- Erkrankungen ja nein

Herzinsuffizienz ja nein

Koronare Herzkrankheit/Herzinfarkt ja nein

Herzrhythmusstörungen/
Herzschrittmacher ja nein

Herzklappenfehler/-ersatz ja nein

Hypertonie (erhöhter Blutdruck) ja nein

Hypotonie (niedriger Blutdruck) ja nein

Schlaganfall/Durchblutungsstörung des Gehirns ja nein

Infektionskrankheiten ja nein

Hepatitis A,B oder C ja nein

Immunmangel-Syndrom (AIDS) ja nein

Lebererkrankungen ja nein

Magen-Darm-Erkrankungen ja nein

Nierenerkrankungen ja nein

Chronische Niereninsuffizienz/Dialyse ja nein

Osteoporose ja nein

Rheumatoide Arthritis ja nein

Schilddrüsenerkrankungen ja nein

Tumorerkrankungen ja nein

Frühere Operationen? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie Angst vor der Behandlung? ja nein

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Nehmen Sie Medikamente? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Rauchen Sie? ja nein

Sind Sie an der Aufnahme in das Recall- System interessiert? ja nein

Dies bedeutet, dass Sie an die Vorsorge-Untersuchungstermine schriftlich oder telefonisch erinnert werden.

Datum, Unterschrift