

ANAMNESEBOGEN

Wir freuen uns sehr über Ihren Besuch in unserer Praxis. Damit wir Sie optimal behandeln können, benötigen wir einige Auskünfte zu Ihrer Person und zu Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Auch Allgemeinerkrankungen können einen Einfluss auf Ihre Zahngesundheit und die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten haben. Alle Angaben unterliegen natürlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliches

Name / Vorname

Geburtsdatum

Straße / Nr.

Postleitzahl / Ort

Telefon privat

Telefon Arbeit

E-Mail

Beruf / Arbeitgeber

Versicherung

Krankenkasse

gesetzlich versichert ja nein

privat versichert ja nein

Basistarif ja nein

Zusatzversicherung ja nein

Beihilfeberechtigt ja nein

Wenn Sie als Patient nicht selbst Mitglied der Krankenkasse sind, nennen Sie bitte auch die Daten des Versicherungsnehmers:

Name / Vorname

Geburtsdatum

Straße / Nr.

Postleitzahl / Ort

Ort / Datum

Unterschrift Patient / Zahlungspflichtiger

Ort / Datum

Unterschrift Patient / Zahlungspflichtiger

Ort / Datum

Unterschrift Patient / Zahlungspflichtiger

Bitte wenden! 

Allgemeine Gesundheitssituation

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen

- hoher Blutdruck ja nein
niedriger Blutdruck ja nein
Blutgerinnungsstörungen ja nein
Herzerkrankungen ja nein

Wenn ja, welche: _____

- Schlaganfall ja nein
Diabetes ja nein
Zahnfleischbluten ja nein
Ohrensausen / Tinnitus ja nein
Epilepsie ja nein
Grünen Star ja nein
Schilddrüsenerkrankung ja nein
Rheuma ja nein
Tuberkulose ja nein
HIV (Aids) ja nein
Krankenhauskeim MRSA ja nein
Osteoporose ja nein
Hepatitis ja nein

Wenn ja, welcher Typ? A B C

- Allergien ja nein

Wenn ja, wogegen? _____

Sonstige Erkrankungen

Welche Medikamente nehmen Sie

- Herzmedikamente
 Schmerzmittel
 blutverdünnende Medikament
 Antidepressiva
 Cortison (Kortikoide)
 Bisphosphonate
 andere Medikamente:

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

Wenn ja, gegen welche?

Tragen Sie

- einen Herzschrittmacher ja nein
einen Defibrillator ja nein

Eine Frage an unsere Patientinnen

Sind Sie schwanger? ja nein

Wenn ja, in welcher Woche? _____

Haben Sie einen Röntgenpass? ja nein

Sind Sie Raucher ja nein

Stehen Sie unter Betreuung? ja nein

Zahngesundheit

Welches Anliegen führt Sie in unsere Praxis?

- Vorsorgeuntersuchung Beratung Schmerzbehandlung Neuer Zahnersatz Überweisung Zweite Meinung
 Sonstiges: _____

Sind Sie mit der Stellung Ihrer Zähne zufrieden? ja nein

Knirschen Sie mit den Zähnen? ja nein

Haben Sie Zahnfleischprobleme? (Blutungen, Zahnfleischrückgang) ja nein

Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund? ja nein

Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig untersucht? ja nein

Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig professionell gereinigt? ja nein