

ANAMNESEBOGEN

Persönliches

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____
Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____
Tel. privat _____ Handynummer _____
E-Mail _____ Beruf _____

Krankenkasse / private Krankenversicherung _____
Gesetzlich versichert ja nein Privat versichert ja nein
Zusatzversicherung ja nein

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name _____ Ort _____ Telefon _____

Hinweis zur Organisation

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte geben Sie uns mindestens 48 Stunden vorher Bescheid. Andernfalls müssen wir Ihnen eine Ausfallgebühr nach geltender Satzung berechnen.

In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung Internet Sonstiges _____

Möchten Sie von uns in Zukunft an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnert werden?

Post Mail Telefon
 Ich möchte nicht an meine Vorsorgeuntersuchung erinnert werden.

Meine besonderen Wünsche beim Zahnarzt?

Informationen

- Medikamente und auch Betäubungsspritzen können Ihre Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen.
- Eine Betäubungsspritze im Unterkiefer kann in sehr seltenen Fällen (0,1%) den Nerv bleibend oder vorübergehend schädigen. Dies ist mit einem Taubheitsgefühl im Kinnbereich und oder der Zunge verbunden.

Warum suchen Sie uns auf?

Haben Sie akute Schmerzen?

ja nein

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der / des ...

Herzens oder Kreislauf	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Leber	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Nieren	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Schilddrüse	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Magen-Darm-Traktes	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Gelenke (Rheuma)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Wirbelsäule	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Haben oder hatten Sie ...

Hohen Blutdruck	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Niedrigen Blutdruck	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Diabetes	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Ohrensausen /Tinnitus	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Epilepsie	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Grünen Star	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Tuberkulose	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Osteoporose	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
HIV (Aids)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Hepatitis	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Allergien	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Wenn ja, wogegen?	_____	

Sonstige Infektionen / Erkrankungen

Zu Ihrem Herzen: haben oder hatten Sie ...

eine Herzklappenentzündung Angina Pectoris
 einen Herzschrittmacher einen Herzinfarkt

Medikamente: Nehmen Sie ...

Herzmedikamente Cortison
 Schmerzmittel Antidepressiva
 blutverdünnende Medikamente (z.B. Marcumar, ASS?)
 Bisphosphonate andere Medikamente:

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten?

ja nein

Wenn ja, gegen welche? (Bsp. Penicillin)

Für unsere Patientinnen

Sind Sie schwanger? ja nein

Wenn ja, in welcher Woche? _____

Zum Schluss

Rauchen Sie? ja nein

Leiden Sie unter Zahnfleischbluten?

ja nein

Hatten Sie schon mal eine Parodontosebehandlung?

ja nein

Knirschen Sie mit den Zähnen?

ja nein

Merken Sie Geräusche im Kiefergelenk?

ja nein

Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?

ja nein

Stört Sie etwas an Ihrer Zahnform?

ja nein

Haben Sie in der Vergangenheit bereits Zahnersatz bekommen? (Kronen, Brücken, Implantate, Prothesen)

ja, dieser ist _____ Jahre alt.

nein. _____

Datum _____

Unterschrift _____