

ANAMNESEBOGEN

Persönliches

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

Versicherung

<input type="radio"/> gesetzlich	<input type="radio"/> privat	<input type="radio"/> Zahnzusatzversicherung
----------------------------------	------------------------------	----------------------------------------------

Hausarzt

Name	Ort	Telefon
------	-----	---------

In eigener Sache, wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

<input type="radio"/> Empfehlung	<input type="radio"/> Internet	<input type="radio"/> Sonstiges: _____
----------------------------------	--------------------------------	----------------------------------------

Wie möchten Sie in Zukunft an Ihre **Vorsorgeuntersuchung** erinnert werden?

<input type="radio"/> per Mail (bitte oben angeben)	<input type="radio"/> per Post	<input type="radio"/> Nein Danke
-----------------------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------

Meine besonderen **Wünsche** bei meinem Zahnarzt?

Warum suchen Sie uns auf?

Haben sie akute Schmerzen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
----------------------------	--------------------------	----------------------------

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.

Informationen

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

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

Herz/Kreislauf	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Schilddrüse	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Leber	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Gelenke	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Niere	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Wirbelsäule	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Magen-Darm-Trakt	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		

Haben oder hatten Sie ...

Hoher Blutdruck	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Niedriger 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	Grüner 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, wenn ja welche: _____

Sonstige Infektionen / Erkrankungen

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie ...

<input type="radio"/> eine Herzklappenentzündung	<input type="radio"/> Angina Pectoris
<input type="radio"/> einen Herzschrittmacher	<input type="radio"/> einen Herzinfarkt

Medikamente: Nehmen Sie ..

<input type="radio"/> Herzmedikamente	<input type="radio"/> Cortison	<input type="radio"/> Schmerzmittel
<input type="radio"/> Antidepressiva	<input type="radio"/> Bisphosphonate	<input type="radio"/> Blutverdünner
<input type="radio"/> Andere Medikamente: _____		

Unverträglichkeiten gegenüber Medikamente oder Spritzen? Wenn ja, wogegen? (Bsp. Penicillin)

<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
--------------------------	----------------------------

Für unsere **Patientinnen**, sind sie schwanger?

<input type="radio"/> ja, Woche: _____	<input type="radio"/> nein
----------------------------------------	----------------------------

Zum Schluss:

Rauchen Sie?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Putzen Sie Ihre Zähne mit einer elektrischen Zahnbürste?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Leiden Sie unter Zahnfleischbluten?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Hatten Sie schon mal eine Parodontosebehandlung?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Merken Sie Geräusche in Ihrem Kiefergelenk?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Hatten Sie eine kieferorthopädischer Behandlung?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Stört Sie etwas an Ihrer Zahnform?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Wann war Ihre letzte professionelle Zahnreinigung?	_____
Haben sie bereits Zahnersatz bekommen? Wenn ja, wie alt ist dieser?	_____

Datum

Unterschrift
