

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

bitte füllen Sie den Anamnesebogen möglichst vollständig aus. So können wir Vorsorge und Behandlungen individuell auf Sie abstimmen. Der Anamnesebogen dient als Ergänzung zum persönlichen Beratungsgespräch, und alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Patientendaten:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Adresse: _____

Telefon privat: _____ Telefon mobil: _____

Telefon Büro: _____ E-Mail: _____

Arbeitgeber, Ort: _____

Krankenkasse bzw. Krankenversicherung: _____

Sind Sie beihilfeberechtigt? ja nein

Haben Sie eine private Zusatzversicherung? ja nein

Wenn Sie nicht selbst krankenversichert sind, wer ist der Versicherte?

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Bei zuzahlungspflichtigen Behandlungen: Wer soll die Rechnung erhalten?

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____

Anliegen:

Warum begeben Sie sich in zahnärztliche Behandlung?

Kontrolluntersuchung ja nein

Zahnschmerzen ja nein

Beratungsgespräch ja nein

Wenn ja, über:

Zahnersatz (Implantate, Brücken, Prothesen etc.) Füllungstherapie

Zahnfleischveränderungen Ästhetische Veränderungen

Hypnose Behandlung bei Angst

Haben Sie häufiges Zahnfleischbluten? ja nein

Wann wurden Sie das letzte Mal im Kopfbereich geröntgt? _____

Allgemeiner Gesundheitszustand:

Waren Sie bis vor Kurzem oder sind Sie noch in ärztlicher Behandlung? ja nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche _____

Liegt eine Unverträglichkeit gegenüber Medikamenten vor? ja nein

Wenn ja, gegen welche _____

Liegen Allergien vor? ja nein unbekannt

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie einen Allergiepass? ja nein

Leiden oder litten Sie an einer Krankheit in folgenden Bereichen?

Erkrankungen des Herzens (Herzinfarkt, Angina Pectoris...) ja nein unbekannt

Erkrankungen des Kreislaufes ja nein unbekannt

hoher Blutdruck ja nein unbekannt

niedriger Blutdruck ja nein unbekannt

- | | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| Störungen der Blutgerinnung, häufiges Nachbluten | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> unbekannt |
| Blutarmut | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> unbekannt |
| Schlaganfall | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> unbekannt |
| Erkrankungen der Leber (z.B. Hepatitis, Gelbsucht) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> unbekannt |
| Diabetes (Zuckerkrankheit, zuletzt gemessener Wert...) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> unbekannt |
| Erkrankungen des Magen-Darmtraktes | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> unbekannt |
| Erkrankungen der Nieren | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> unbekannt |
| Erkrankungen der Nerven | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> unbekannt |
| Anfallsleiden/Krampfleiden (z. B. Epilepsie) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> unbekannt |
| Migräne | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> unbekannt |
| Erkrankungen der Schilddrüse | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> unbekannt |
| Infektionskrankheiten (z.B. Tbc, AIDS/HIV, Hepatitis, etc.) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> unbekannt |

Wenn ja, welche: _____

Rheuma ja nein unbekannt

Unfall, Verletzungen, Operationen _____ ja nein unbekannt

Haben Sie andere ernsthafte Erkrankungen, die noch nicht aufgeführt wurden?

Besteht eine Schwangerschaft oder die Wahrscheinlichkeit? ja, Monat: _____ nein

Vielen Dank!

Ihr Team der Zahnarztpraxis