

ANAMNESEBOGEN | ERWACHSENE



ZAHNARZTPRAXIS
SIMONE MONISSEN

Liebe Patientin, lieber Patient, um Ihre Behandlung auf Ihre ganz speziellen Bedürfnisse abzustimmen, bitten wir Sie um sorgfältige Beantwortung der folgenden Fragen zu Ihrer Krankheitsvorgeschichte (Anamnese). Selbstverständlich unterliegen diese Angaben der ärztlichen Schweigepflicht. Bei Unklarheiten hilft Ihnen unser Praxisteam gerne weiter!

Patient Name: _____ Vorname: _____ geboren am: _____

Mitglied / Versicherter Name: _____ Vorname: _____ geboren am: _____

Anschrift Straße: _____ PLZ / Ort: _____

Telefon: _____ Handy: _____ E-Mail: _____

Versicherung Name: _____ Beruf: _____

- Gesetzliche Krankenkasse Private Krankenkasse Zusatzversicherung Beihilfe freiwillig
 Basistarifversichert in PKV

ALLGEMEINE SITUATION

Ja | Nein

- Allergien (z.B. Penicillin, Latex), wenn ja welche

 Asthma (schwere Atemnot)
 Anfallsleiden (Epilepsie)
 Herzerkrankungen, wenn ja welche

 Blutdruck zu hoch zu niedrig
 Bluterkrankungen
 Blutgerinnungsstörungen
 Herzschrittmacher
 Schlaganfall
 Lebererkrankungen
 Nierenerkrankungen
 Zuckerkrankheit (Diabetes)
 Hepatitis, wenn ja welche A B C
 HIV
 Tbc
 MRSA
 Osteoporose
 Tumorerkrankungen
 Endoprothesen (Hüftgelenke, Kniegelenke etc.)
 Sonstige Erkrankungen

Besteht eine Schwangerschaft? Wievielte Woche?

Rauchen Sie? Wenn ja, haben Sie schon einmal darüber nachgedacht damit aufzuhören?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche und wogegen?

Wer ist Ihr Hausarzt? (Name, ggf. Telefon-Nr.)

ZAHN-MUND-SITUATION

Ja | Nein

- Zahnfleischbluten
 Geräusche im Kiefergelenk
 Schmerzen am Kopf / Nacken
 Sind Sie mit der Stellung, Form und Farbe Ihrer Zähne unzufrieden?
 Haben Sie Interesse an einer Vorsorge gegen Karies und Zahnfleischrückgang?
 Wünschen Sie nähere Informationen über Möglichkeiten der Implantatversorgung?
 Treten oder traten Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf?
 Wurden in den letzten 2 Jahren Röntgenaufnahmen der Zähne gemacht
 Haben Sie Zahnersatz? Wenn ja, wie lange?

SONSTIGES

Ja | Nein

- Möchten Sie an unserem Recall-System teilnehmen, also an die regelmäßige Kontrolluntersuchung von uns schriftlich oder telefonisch erinnert werden?
 Sind Sie einverstanden, dass im Falle einer Zahnersatzversorgung ihre Daten ggfs. an ein Dental-labor weitergegeben werden?

Wer hat Ihnen unsere Praxis empfohlen?

Ihre besonderen Wünsche beim Zahnarzt?

- Routinekontrolle Beratung Schmerzbehandlung
 Sanierung Sonstiges:

Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit nach einer örtlichen Betäubung für 4-6 Stunden beeinträchtigt ist. Sollten zukünftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes auftreten, teilen Sie uns diese bitte unverzüglich mit. Für Ihre Angaben vielen Dank. Hierdurch ermöglichen Sie es uns, noch individueller auf Ihre ganz besondere Situation einzugehen. Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis wohlfühlen. Sollten Sie Fragen haben, stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. **Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und gebe mein Einverständnis zur Erhebung und Dokumentation meiner Daten.** Diese Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Datum _____

Unterschrift Patient / Gesetzlicher Vertreter _____