

Anamnesebogen



Auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deshalb bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Bitte beachten Sie, dass diese Angaben der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen. Sie dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Zum Teil sind sie gesetzlich vorgeschrieben.

Patient

Name: Vorname: geb.:

Versicherter

Name: Vorname: geb.:

Straße: PLZ/Ort:

Tel.Nr.: Mobil: Arbeitsstelle:

Krankenkasse: Beruf:

Arbeitgeber:

Versichertenstatus: gesetzlich versichert privat versichert Zusatzversicherung
 pflichtversichert Beihilfe
 freiwillig versichert standard
 vollversichert

Die Praxis wurde mir empfohlen von:

Grund des Besuchs:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kontrolluntersuchung | <input type="checkbox"/> Zahnschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Zahnlockerung | <input type="checkbox"/> Zahnfehlstellungen |
| <input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten | <input type="checkbox"/> Mundgeruch |
| <input type="checkbox"/> Kiefergelenksprobleme | <input type="checkbox"/> Zähneknirschen |
| <input type="checkbox"/> Probleme mit Zahnersatz | <input type="checkbox"/> Neuer Zahnersatz |
| <input type="checkbox"/> Unzufriedenheit mit Aussehen der Zähne | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges..... | |

Beratungswunsch:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mundgesundheitsvorsorge (Prophylaxe) | <input type="checkbox"/> Implantate |
| <input type="checkbox"/> Zahnfleischbehandlung | <input type="checkbox"/> Amalgam-Entfernung |
| <input type="checkbox"/> Zahnersatz | <input type="checkbox"/> Kieferorthopädie |
| <input type="checkbox"/> Alternativen zum Amalgam | <input type="checkbox"/> Keramikverblendschalen |
| <input type="checkbox"/> Keramik-, Goldinlays | <input type="checkbox"/> Zahnaufhellung |
| <input type="checkbox"/> Kronen und Brücken | |
| <input type="checkbox"/> Ästhetische Zahnbehandlung | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges..... | |

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir um folgende Angaben: (Zutreffendes bitte ankreuzen)
Bestehen bei Ihnen oder sind folgende Erkrankungen bekannt?

- Herzerkrankungen: Herz-, Kreislauf-, oder Gefäßerkrankungen, Herzklappenerkrankung, Herzschwäche (Insuffizienz), Angina pectoris, Herzschrittmacher, **Endokarditisprophylaxe** Ja Nein
- Kreislaufferkrankungen: Zu hoher Blutdruck, zu niedriger Blutdruck, Ohnmachtsanfälle, Herzinfarkt / Schlaganfall, wann..... Ja Nein
- Stoffwechselerkrankungen: Zuckerkrankheit (Diabetes), Magen-Darm-Erkrankungen, Schilddrüsenerkrankung Ja Nein
- Erkrankungen des Nervensystems: Epileptiforme Anfälle / Krämpfe Ja Nein
- Bluterkrankungen: Blutungsneigungen, Blutverdünner, Einnahme gerinnungshemmender Medikamente Ja Nein
- Allergien: Medikamente z.B. (Penicillin), Nahrungsmittel, Heuschnupfen Ja Nein
- Infektionskrankheiten: Leberentzündungen/Gelbsucht (Hepatitis A, B oder C), AIDS, HIV, MRSA, Creutzfeldt-Jakob-Krankheit Ja Nein
Neue Variante der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit Ja Nein

Bestehen zurzeit andere Erkrankungen, welche?
.....

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente, welche?
.....

Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein Ungewiss

Haben Sie ein Organtransplantat? Ja Nein

Waren Sie in den letzten 12 Monaten beim Zahnarzt? Ja Nein

Tragen Sie einen Zahnersatz? Ja Nein

Wann wurden Sie das letzte Mal geröntgt?

Nehmen Sie Drogen? Wenn ja welche? Ja Nein

Sind Sie Raucher? Ja Nein

Hausarzt

Name:

Anschrift:

Wir weisen darauf hin, dass nach einer Anästhesie die Fähigkeit zum Führen eines Kraftfahrzeuges und/oder zum Bedienen von Maschinen 24 Stunden eingeschränkt sein kann.

Erklärung des Patienten

Ich wurde darauf hingewiesen, dass bei Nichteinhaltung des Termins, ohne eine rechtzeitige Absage (24 Stunden vorher), eine Ausfallgebühr erhoben werden kann (50 Euro pro halbe Stunde).

Ich habe die Fragen nach bestem Wissen beantwortet. Mir ist bekannt, dass die Behandlungskosten privat in Rechnung gestellt werden, sofern die Versichertenkarte nicht spätestens 10 Tage nach der Behandlung nachgereicht wird.

Datum.....Unterschrift Patient / gesetzl. Betreuer: