



ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliches

Name / Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____

PLZ / Ort _____

Tel. privat _____

Tel. mobil _____

E-Mail _____

Beruf _____

Krankenkasse _____

Zahnzusatzversicherung ja nein

In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

von Bekannten empfohlen

Google

Docfinder

Internet, über die Seite _____

Sonstiges _____

Allgemeines

Knirschen Sie mit den Zähnen? ja nein

Rauchen Sie? ja nein Wenn ja, wie viel pro Tag? _____

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

Herzens oder Kreislaufs ja nein _____

Leber ja nein _____

Nieren ja nein _____

Schilddrüse ja nein _____

Magen-Darm-Traktes ja nein _____

Gelenke (Rheuma) ja nein _____

Wirbelsäule ja nein _____



ANAMNESEBOGEN

Haben oder hatten Sie ...

- hohen Blutdruck? ja nein _____
- niedrigen Blutdruck? ja nein _____
- Diabetes? ja nein _____
- Zahnfleischbluten? ja nein _____
- Ohrensausen / Tinnitus? ja nein _____
- Epilepsie? ja nein _____
- Grünen Star? ja nein _____
- Tuberkulose? ja nein _____
- HIV (Aids)? ja nein _____
- Hepatitis? ja nein Wenn ja, welcher Typ? A B C
- Allergien? ja nein Wenn ja, wogegen? _____

Medikamente: Nehmen Sie ...

- Herzmedikamente? ja nein _____
- Cortison (Kortikoide)? ja nein _____
- Schmerzmittel? ja nein _____
- blutverdünnende Medikamente
(z.B. Marcumar®, ASS)? ja nein _____
- Antidepressiva? ja nein _____
- andere Medikamente? ja nein Wenn ja, welche? _____

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen ja nein Wenn ja, gegen welche? _____
Medikamente oder Spritzen aufgetreten? _____

Für unsere Patientinnen

Sind Sie schwanger? ja nein Wenn ja, in welcher Woche? _____
Geburtstermin _____

Hinweise zur Organisation

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte sagen Sie ihn mindestens 24 Stunden vorher ab, da wir sonst laut autonomen Honorarrichtlinien einen Pauschalbetrag in Höhe von € 114,- verrechnen müssen.

Hinweise zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann. Dies kann sowohl durch die Behandlung selbst, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten hervorgerufen werden.

Datum _____

Unterschrift _____