

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient!

Herzlich willkommen in unserer Praxis! Bitte nehmen Sie sich die Zeit, diesen Erhebungsbogen in Ruhe auszufüllen. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Sollten sich im Laufe der Zeit Änderungen an den nachfolgend von Ihnen gemachten Angaben ergeben, bitten wir Sie, uns diese umgehend mitzuteilen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Persönliches

Name	Vorname		Geburtstag		
Straße / Nr.		PLZ / Ort			
Tel. privat		Tel. mobil			
E-Mail		Beruf			
Krankenkasse		Privat versichert		Basistarif	
Gesetzlich versichert	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Beihilfe	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Zusatzversicherung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein				<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name	Vorname		Geburtstag		
Straße / Nr.		PLZ / Ort			

Wer ist Ihr Hausarzt bzw. Internist?

Name	Telefon
Anschrift	

Hinweise zur Organisation

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte sagen Sie ihn mindestens 24 Stunden vorher ab! Ansonsten können die durch Ihr Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden.

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

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
- eine Schilddrüsenerkrankung ja nein
- Asthma ja nein
- Rheuma ja nein
- HIV (Aids) ja nein
- Hepatitis ja nein
- Wenn ja, welcher Typ? A B C
- Allergien ja nein
- Wenn ja, wogegen?

Sonstige Infektionen / Erkrankungen:

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie ...

- eine Herzklappenentzündung ja nein
- Angina Pectoris ja nein
- einen Herzschrittmacher ja nein
- einen Herzinfarkt ja nein
- einen Herzpass ja nein

Medikamente – Nehmen Sie ...

- Herzmedikamente Cortison (Kortikoide)
- Schmerzmittel Antidepressiva
- blutverdünnende Medikamente, z.B. Falithrom, ASS
- andere Medikamente:

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten? ja nein

Wenn ja, gegen welche?

Für unsere Patientinnen

- Sind Sie schwanger? ja nein
- Wenn ja, in welcher Woche?

Sind Sie einem Pflegegrad nach §15 SGB XI zugeordnet oder erhalten Sie Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII?

O ja, Grad: _____
O nein

Warum suchen Sie uns auf? Wünschen Sie eine/n ...

- Routinekontrolle neuen Zahnersatz
- Beratung „zweite Meinung“
- Schmerzbehandlung andere Gründe:

Haben Sie akute Schmerzen? ja nein

Wenn ja, wie äußern sich diese?

- Dauerschmerz
- Zähne reagieren auf süß / sauer
- manche Zähne sind temperaturempfindlich
- Zähne schmerzen bei Belastung oder Kauen
- Zähne schmerzen auch ohne Belastung
- Schmerzen oder Entzündungen am Zahnfleisch
- Kiefer- / Kiefergelenkschmerzen

Zum Schluss

- Knirschen Sie mit den Zähnen? ja nein
- Fühlen Sie sich psychisch stark belastet? ja nein
- Rauchen Sie? ja, wenig ja nein
- Haben Sie Angst vor der Behandlung? ja nein

Möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin per Postkarte erinnert werden? ja nein

Fragen / Anmerkungen:

Unterschrift Patient / gesetzl. Betreuer:

Dresden, _____
Datum Unterschrift