

Anamnese-Fragebogen

Herzlich willkommen in unserer Praxis für Zahn- Mund- und Kieferheilkunde!

Um Sie als unseren Patienten gut betreuen zu können, bitten wir Sie, diesen Fragebogen gewissenhaft auszufüllen. Alle Angaben werden von uns vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht!

Patient Herr/Frau

Name: _____
 Vorname: _____
 Geb.-Dat.: _____
 Geb.-Ort.: _____
 Straße: _____
 PLZ & Ort: _____
 Telefon: _____
 Tel. mobil: _____
 Email-Adresse: _____

Beruf _____
 Name der
 Krankenkasse/
 Privatkrankenkasse _____

Daten des Versicherten (falls abweichend)

Name: _____
 Vorname: _____
 Geb.-Dat.: _____
 Geb.-Ort.: _____
 Straße: _____
 PLZ & Ort: _____

Arbeitgeber _____
 beihilfeberechtigt
 zusätzlich versichert
 freiwillig versichert

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Internet
 Zufall
 Empfehlung durch _____
 Werbung _____
 Zeitungsartikel _____

Bitte nennen Sie uns den Grund Ihres Besuches

- Kontrolle
 Notfallbehandlung/ Schmerzen
 Implantatberatung
 Zahnfleischbehandlung
 Prophylaxe
 Sanierung

Name und Adresse des zuletzt behandelnden Zahnarztes und Hausarztes (für evtl. anfordernde Röntgenaufnahmen oder zur internistischen Abklärung):

Allgemeine Situation

Waren Sie während der letzten 5 Jahre in ärztlicher Behandlung (Krankenhausaufenthalte)?

- Nein Ja Wenn ja, wann und warum? _____

Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein?

- Nein Ja Wenn ja, welche? _____

Bitte wenden! ►



Bitte kreuzen Sie die Punkte an, auf die Sie ungewöhnlich reagieren

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Penicillin | <input type="checkbox"/> Erythromycin (Antibiotika) | <input type="checkbox"/> Codein |
| <input type="checkbox"/> Aspirin, Ibuprofen | <input type="checkbox"/> Tetracyclin (Antibiotika) | <input type="checkbox"/> Metalle (Gold) |
| <input type="checkbox"/> Latex | <input type="checkbox"/> Lokalanästhetika (Spritze) | |
| <input type="checkbox"/> Medikamente/ welche? | | |
-

Bitte kreuzen Sie die Punkte an, die auf Sie zutreffen

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Herz-/ Kreislaufkrankung | <input type="checkbox"/> HIV-Infektion (AIDS) |
| <input type="checkbox"/> hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung |
| <input type="checkbox"/> niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> Autoimmunerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Ohnmachtsneigung | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher |
| <input type="checkbox"/> Blutarmut | <input type="checkbox"/> Apoplex (Schlaganfall) |
| <input type="checkbox"/> Magen-/Darmerkrankung | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose (Nervenerkrankung) |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung (Gelbsucht) | <input type="checkbox"/> Epilepsie (Anfallsleiden) |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Glaukom (erhöhter Augeninnendruck) | <input type="checkbox"/> Atemwegserkrankung |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenüber/-Unterfunktion | <input type="checkbox"/> Allergien/ Welche? |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Rheuma, Gelenkschmerz |
| <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Typ 1 <input type="checkbox"/> Typ 2 | <input type="checkbox"/> Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? |
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose (Tbc) | <input type="checkbox"/> Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele? |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> Strahlen/Chemotherapie |
-

Zahn-Mund-Situation

- | | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Zahnfleischbluten/ Zahnfleischrückgang | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Geräusche/Knacken im Kiefergelenk (z.B. beim Gähnen oder Kauen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schmerzen im Kopf/ Nackenbereich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tragen Sie Zahnersatz, wenn ja seit wann? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sind Sie mit der Stellung, Farbe, Form Ihrer Zähne, kurz: mit Ihrem „Lächeln“, zufrieden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ist Ihre Kaufähigkeit beeinträchtigt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wünschen Sie eine Behandlung unter Lokalanästhesie („Spritze“)?
(Aufklärung: In seltenen Fällen kann es bei lokaler Anästhesie zu allergischen Reaktionen, zeitweiliger Kiefergelenksblockade durch Blutergüsse sowie in extrem seltenen Fällen zu einem zeitweisen oder kompletten Ausfall von Nerven (N. lingualis, N. mandibularis, N. mentalis) kommen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sind Sie damit einverstanden, dass wir Sie schriftlich oder telefonisch an Ihre Kontrolluntersuchung erinnern? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wir sind eine Bestellpraxis und nehmen uns Zeit für Sie. Für den Fall, dass Sie eine reservierte Behandlungszeit nicht in Anspruch nehmen können, bitten wir Sie deshalb rechtzeitig, d.h. möglichst 48 Stunden vorher, abzusagen. Sie erweisen uns und Ihren Mitpatienten damit einen großen Gefallen.

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass Adressdaten in einzelnen Fällen zum Zwecke der Bonitätsprüfung weitergegeben werden können.

Aus rechtlichen Gründen müssen wir Sie noch darauf hinweisen, dass Sie nach Behandlungen in örtlicher Betäubung kein Kraftfahrzeug fahren dürfen.

Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter)

