

Anamnesebogen

Dr. Nina Machon
Zahnärztin | Oralchirurgin

Dr. Julia Papenhoff
Zahnärztin

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. Daher bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliches

Name, Vorname	<input type="text"/>	Geburtsort	<input type="text"/>
Straße, Nr.	<input type="text"/>	Geburtsort	<input type="text"/>
PLZ, Ort	<input type="text"/>		
Tel. Privat	<input type="text"/>	Tel. Mobil	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>		
Beruf	<input type="text"/>		
Krankenkasse / Krankenversicherung	<input type="text"/>		

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name, Vorname	<input type="text"/>	Geburtsort	<input type="text"/>
Straße, Nr.	<input type="text"/>	Geburtsort	<input type="text"/>
PLZ, Ort	<input type="text"/>		

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name	<input type="text"/>		
Ort	<input type="text"/>	Tel.	<input type="text"/>

In eigener Sache – wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlungen Telefon-/Branchenbuch Internet / Social Media (Facebook) Sonstiges

Möchten Sie von uns an Ihre zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung erinnert werden?

Wenn ja, wie? per Telefon per Post per Mail

Dürfen wir Ihnen Informationen / Einladungen zu Veranstaltungen in unserer Praxis zuschicken?

Wenn ja, wie? per Telefon per Post per Mail

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, beim Kauen, ohne Belastung Schmerzen oder Entzündungen am Zahnfleisch
 Kiefer-/Kiefergelenksschmerzen Knirschen chronische Schmerzen im Mund-Kiefer- und Gesichtsbereich

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

- Herzens oder Kreislaufs Leber Nieren Schilddrüse Magen-Darm-Traktes Gelenke (Rheuma)
 Ohrensausen/Tinnitus Wirbelsäule sonstige Erkrankungen

Haben oder hatten Sie ...

- Hohen Blutdruck Niedrigen Blutdruck Diabetes Zahnfleischbluten Blutgerinnungsstörung
 Epilepsie Grünen Star (Glaukom) Schilddrüsenerkrankung Rheuma Tuberkulose HIV (Aids)
 Hepatitis – wenn ja, welcher Typ? A B C
 Allergien – wenn ja, wogegen

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie ...

- eine Herzerkrankung, Herzfehler Herzklappenentzündung, Endokarditis Herzoperationen Angina pectoris
 einen Herzschrittmacher einen Herzinfarkt

Rauchen Sie? ja nein

Medikamente – Nehmen Sie ...

- Herzmedikamente Cortison (Kortikoide) Schmerzmittel Antidepressiva
 blutverdünnende Medikamente (z.B. Marcumar®, ASS)
 Bisphosphonate (z.B. Fosamax®, Actonel®), die den Knochenstoffwechsel beeinflussen
 andere Medikamente

Leiden Sie unter Allergien oder Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen? ja nein

Wenn ja gegen welche?

Für unsere Patientinnen – sind Sie schwanger? ja nein

Hinweise zu unserer Praxis

Wir sind eine Bestellpraxis. Daher bitten wir Sie, Termine, die Sie nicht einhalten können, rechtzeitig vorher abzusagen, damit wir diese an andere Patienten vergeben können.

Fragen / Anmerkungen:

Datum

Unterschrift