

Anamnesebogen



Patient

Name	Vorname
Straße/Nr.	PLZ/Ort
Geburtsdatum	Geburtsort
Tel. mobil	Tel. Festnetz
E-Mail	Beruf/ Arbeitgeber
Krankenkasse	Hausarzt/Name/Ort
Private Krankenversicherung	Zusatzversicherung

Versicherter (nur wenn Patient nicht selbst versichert ist)

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße/Nr.	PLZ/Ort	Tel. mobil

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir wünschen uns, dass unsere Patienten die bestmögliche Behandlung bekommen. Um das zu erzielen, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person, Auskünfte bezüglich Ihres allgemeinen Gesundheitszustandes. Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf Ihre Behandlungen haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und dienen dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Ich willige in die Speicherung und Verarbeitung meiner Daten gemäß der Datenschutzerklärung ein.

Hinweise zur Organisation

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte sagen Sie ihn schnellstmöglich, jedoch mindestens 24 Stunden vorher ab. Wir wissen, dass ein vereinbarter Termin in der Hektik des Alltages schon einmal vergessen werden kann. Als Terminpraxis ist es uns leider meist nicht möglich, den für Sie reservierten Termin kurzfristig anderweitig zu vergeben. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir uns vorbehalten, **eine Ausfallgebühr in Höhe von 50 € pro geplanten 30 Minuten zu berechnen**, falls Termine nicht rechtzeitig (**mind. 24 Stunden vorher**) von Ihnen abgesagt werden.

Willingen, den _____ Unterschrift _____

In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- ☐ Von Bekannte empfohlen ☐ Überweisung von _____ ☐ Zeitungsanzeige
☐ Branchenbuch/ Telefon ☐ Unsere Internetseite ☐ Instagram/ Fb.

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

- | | |
|--|--|
| ☐ Routinekontrolle | ☐ Bleaching |
| ☐ Zweite Meinung | ☐ Schmerzbehandlungen |
| ☐ Beratung Biologische Zahnmedizin | ☐ Professionelle Zahnreinigung |
| ☐ Beratung Keramik-Implantat | ☐ neue Zahnersatz |
| ☐ andere Gründe | |

Bitte weiter auf Rückseite →

Patient Name _____

Haben Sie akute Schmerzen?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wie äußern sich diese?

- | | |
|---|--|
| ☐ Dauerschmerz | ☐ Manche Zähne sind Temperatur empfindlich |
| ☐ Zähne schmerzen ohne Belastung | ☐ Schmerzen oder Entzündungen am Zahnfleisch |
| ☐ Zähne reagieren auf süß / sauer | ☐ Kieferschmerzen/ Kiefergelenkschmerzen |

Leiden Sie an Erkrankungen folgender Organe? Bitte zutreffendes ankreuzen.

Herz

- ☐ ja/ ☐ nein Zustand nach Infarkt
☐ ja/ ☐ nein Herzinsuffizienz
☐ ja/ ☐ nein Muskelentzündung
☐ ja/ ☐ nein Rhythmusstörungen
☐ ja/ ☐ nein Bypassoperation
☐ ja/ ☐ nein Herzklappenersatz
☐ ja/ ☐ nein Schrittmacher
☐ ja/ ☐ nein Verengung der Herzkranzgefäße

Kreislauf

- ☐ ja/ ☐ nein niedriger Blutdruck
☐ ja/ ☐ nein Bluthochdruck
☐ ja/ ☐ nein Angina pectoris
☐ ja/ ☐ nein Durchblutungsstörungen
☐ ja/ ☐ nein Schlaganfall

Erkrankung des Blutbildenden Systems

- ☐ ja/ ☐ nein Blutarmut
☐ ja/ ☐ nein Bluter

Augen

- ☐ ja/ ☐ nein Grauer Star
☐ ja/ ☐ nein Grüner Star

Atmungswege/ Lunge

- ☐ ja/ ☐ nein Asthma
☐ ja/ ☐ nein COPD

Magen-Darm-Trakt

- ☐ ja/ ☐ nein chronische Magenerkrankung
☐ ja/ ☐ nein chronische Darmerkrankung

Leber

- ☐ ja/ ☐ nein Gelbsucht
☐ ja/ ☐ nein Hepatitis

Blase-Nieren

- ☐ ja/ ☐ nein Blasenerkrankung
☐ ja/ ☐ nein Nierenerkrankung
☐ ja/ ☐ nein Dialyse

Bewegungsapparat

- ☐ ja/ ☐ nein Rheuma
☐ ja/ ☐ nein rheumatoide Arthritis
☐ ja/ ☐ nein Osteoporose
☐ ja/ ☐ nein Gicht

Zentrales Nervensystem

- ☐ ja/ ☐ nein epileptische Anfälle

Stoffwechsel

- ☐ ja/ ☐ nein Zuckerkrankheit/Diabetes
☐ ja/ ☐ nein Schilddrüsenüberfunktion
☐ ja/ ☐ nein Schilddrüsenunterfunktion

Vegetatives Nervensystem

- ☐ ja/ ☐ nein Kopfschmerzen
☐ ja/ ☐ nein Migräne

Leiden oder litten Sie an folgende Erkrankungen?

- ☐ ja/ ☐ nein Haut und/oder Geschlechtskrankheiten _____
☐ ja/ ☐ nein HIV bzw. AIDS, Tuberkulose _____
☐ ja/ ☐ nein Tumorerkrankungen, „Krebs“ (Bestrahlung, Chemotherapie) _____
☐ ja/ ☐ nein Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung?
Wenn ja, welche? _____

Wenn Sie wegen einer der genannten Erkrankungen in Behandlung sind:

Arzt: _____ **Ort:** _____ **Tel.:** _____

Patient Name _____

Sonstige medizinisch wichtige Informationen:

☐ ja/ ☐ nein Sind Sie Raucher?

☐ ja/ ☐ nein Sind Sie z. Zt. Schwanger?

Wenn ja, in welchem Monat? _____

☐ ja/ ☐ nein Haben sie einen Pflegegrad?

Wenn ja, welchen? _____

☐ ja/ ☐ nein Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe?

Wenn ja, welche? _____

☐ ja/ ☐ nein Besitzen Sie einen Allergiepass?

Wenn ja, gegen welche Stoffe sind Sie allergisch? _____

☐ ja/ ☐ nein Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Wenn ja, welche? _____

☐ ja/ ☐ nein Traten oder treten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf?

Wenn ja, welche? _____

☐ ja/ ☐ nein Bluten Sie lange wenn Sie sich schneiden, oder bekommen Sie leicht blaue Flecken?

☐ ja/ ☐ nein Hat sich in letzter Zeit Ihr Gewicht stark verändert?

☐ ja/ ☐ nein Nehmen Sie regelmäßig Alkohol oder Drogen zu sich?

Wenn ja, welche? _____

Weitere Organisation wichtige Informationen:

☐ ja/ ☐ nein Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft? (Eintragungen der letzten 5 Jahre)

☐ ja/ ☐ nein Sind Sie damit einverstanden, dass wir Ihre versorgungsrelevanten zahnmedizinischen Informationen in Ihre elektronische Patientenakte (ePA) übernehmen?

☐ ja/ ☐ nein Möchten Sie von uns an Ihre halb-jährlichen Kontrolltermine erinnert werden?

☐ ja/ ☐ nein Möchten Sie den nächsten Kontrolltermin gleich vereinbaren?

☐ ja/ ☐ nein Sind Sie einverstanden, dass zukünftig gestellte Rechnungen und Dokumente per Email verschickt werden dürfen?

Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungsterminen.

Wir machen Sie hiermit aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann und zwar sowohl durch die Behandlung an sich, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten.

Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gerne ein Taxi.

Willingen, den _____

Unterschrift _____

Unterschrift _____

(bei Minderjährigen ein Erziehungsberechtigter)