



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 Gesundheitszustand – denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht unserer Praxis.

Persönliches

Name, Vorname: _____ Geburtstag: _____
Straße, Nr.: _____ PLZ, Ort: _____
Tel. Festnetz: _____ Tel. Mobil: _____
Beruf: _____ Tel. tagsüber: _____
Krankenkasse: _____ E-Mail: _____

Gesetzlich versichert: Ja Nein
Zusatzversicherung: Ja Nein
Basistarif: Ja Nein
Freiwillig versichert: Ja Nein

Privat versichert: Ja Nein
Beihilfeberechtigt: Ja Nein
Pflichtversichert: Ja Nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
Straße, Nr. _____ PLZ, Ort: _____

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name: _____ Anschrift: _____
Tel.: _____

In eigener Sache

Sie wurden empfohlen durch: _____

Ihr vorheriger Zahnarzt war: _____

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

- Routinekontrolle
- Beratung
- Schmerzbehandlung
- neuen Zahnersatz
- „zweite Meinung“
- Prophylaxe (Zahnreinigung)
- Information über Arten der Füllungstherapie (z.B. Kunststofffüllung, Inlays)
- Überweisung vom Hauszahnarzt
- Sonstiges: _____

Haben Sie akute Schmerzen? Ja Nein

Wenn „Ja“ wie äußern sie sich?

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

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

- Herzens oder Kreislaufs
- Leber
- Nieren
- Schilddrüse Überfunktion Unterfunktion
- Magen-Darm-Trakt
- Gelenke (Rheuma)
- Wirbelsäule

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie...

- eine Herzklappenentzündung
- einen Herzschrittmacher
- künstliche Herzklappe
- einen Herzinfarkt
- Herzschwäche
- angeborene, erworbene Herzfehler
- Angina Pectoris (Durchblutungsstörung)
- Sonstiges _____

Haben oder hatten Sie...

- Hohen Blutdruck
- Niedrigen Blutdruck
- Blutgerinnungsstörungen
- Blutarmut
- Krebs/Tumor
- Diabetes
- Zahnfleischbluten
- Schleimhauterkrankung
- Asthma (Lungenerkrankung)
- Bauchspeicheldrüsenerkrankung
- Hauterkrankung
- Epilepsie
- Tuberkulose
- HIV (Aids)
- Hepatitis Typ A: Typ B: Typ C:
- Allergien, wenn ja welche? _____
- Sonstige Infektionen oder Erkrankungen _____

Medikamente – Nehmen Sie welche...?

- Herzmedikamente _____
- Schmerzmittel _____
- Antidepressiva _____
- Cortison _____
- Blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar, ASS _____
- Andere Medikamente _____

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten? Nein Ja und zwar bei: _____

Für unsere Patientinnen

Sind sie schwanger? Ja Nein
Wenn ja, in welcher Woche? _____

...zum Schluss – und dann haben Sie es geschafft:

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Knirschen Sie mit den Zähnen? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Fühlen Sie sich psychisch stark belastet? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Rauchen Sie oder haben Sie schon mal geraucht | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Waren Sie Alkoholabhängig? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |



ZAHNARZTPRAXIS
Dres. Laskowski & Adamski
Telefon (0481) 61000

Hinweise zur Organisation

Sie können einen Termin nicht einhalten?
Wir bitten Sie **spätestens 24 Stunden vorher abzusagen**, sollten Sie den vereinbarten Termin nicht einhalten können. Ansonsten müssten wir Ihnen die vorgesehene Arbeit bzw. ungenutzte Zeit in Rechnung stellen (§§ 304,615 BGB).

Datum: _____ Unterschrift: _____