



## 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 allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemein-erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungs-bogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

### PERSÖNLICHES

Name	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>	Tel privat / mobil	<input type="text"/>
Straße / Nr.	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>
PLZ / Ort	<input type="text"/>	Krankenkasse	<input type="text"/>
Beruf	<input type="text"/>		

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name, Vorname	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>
Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		
Wer ist Ihr Hausarzt / Heilpraktiker?	Name	<input type="text"/>	
Ort	<input type="text"/>	Tel	<input type="text"/>

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Von Bekannten empfohlen  Telefon-/Branchenbuch  Internet, über die Seite

Überweisung von   Sonstiges

Falls Sie eine Empfehlung hatten, haben Sie sich im Vorfeld unseren Internetauftritt angeschaut?  ja  nein

Möchten Sie unseren Praxisnewsletter per E-Mail erhalten?   ja  nein

Möchten Sie von uns an Ihre viertel- oder halbjährlichen Vorsorgeuntersuchungen erinnert werden?  ja  nein

Wenn ja, wie?  Telefon  per Post  SMS  E-Mail

### Hinweise zur Organisation

Unser Praxiskonzept basiert auf einem Termin-Bestellsystem, so dass in Ihrem Interesse kaum Wartezeiten für Sie auftreten. Wir bitten Sie daher, Termine mind. 24 Std. vorher abzusagen, ansonsten behalten wir uns eine Rechnungsstellung für Ausfallzeiten vor.

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

- Routinekontrolle?  Neuen Zahnersatz?  Amalgamsanierung?  „zweite Meinung“?  
 Beratung?  Schmerzbehandlung?  Andere Gründe:

Haben Sie akute Schmerzen?  ja  nein

Wenn ja, wie äußern sich die Schmerzen?

- Dauerschmerz  Zähne reagieren auf süß / sauer  
 Manche Zähne sind temperaturempfindlich  Zähne schmerzen bei Belastung, Kauen  
 Schmerzen oder Entzündungen am Zahnfleisch  Kiefer / Kiefergelenk

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  
Ohrensausens / Tinnitus  ja  nein  Wirbelsäule  ja  nein  
Migräne  ja  nein  Prostataerkrankung  ja  nein

Haben oder hatten Sie ...

- Hohen Blutdruck  ja  nein  Niedrigen Blutdruck  ja  nein  
Diabetes  ja  nein  Zahnfleischbluten  ja  nein  
Epilepsie  ja  nein  Grünen Star  ja  nein  
Tuberkulose  ja  nein  Gerinnungsstörungen  ja  nein  
HIV (Aids)  ja  nein  Allergien  ja  nein  
Hepatitis  ja  nein  Wenn ja, wogegen?

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie ...

- Eine Herzklappenentzündung  ja  nein  Angina Pectoris  ja  nein  
Einen Herzschrittmacher  ja  nein  Einen Herzinfarkt  ja  nein

Nehmen Sie folgende Medikamente?

- Herzmedikamente  ja  nein  Cortison (Kortikoide)  ja  nein  
Schmerzmittel  ja  nein  Antidepressiva  ja  nein  
Blutverdünnende Medikamente (z.B. Marcumar, ASS)  ja  nein  Andere Medikamente

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

Wenn ja, gegen welche?

Sind Sie schwanger?  ja  nein

In welcher Woche?

Knirschen Sie mit den Zähnen?  ja  nein

Fühlen Sie sich psychisch stark belastet?  ja  nein

Rauchen Sie?  ja  nein

Bemerkungen

Um den Verwaltungsaufwand für Sie so gering wie möglich zu halten, bitten wir Sie darum, Kosten bis zu 150 EUR nach Möglichkeit in bar zu zahlen.

Datum

Unterschrift