

Anamnesebogen



Zahnarztpraxis

Dr. van Lith und Kollegen

Ästhetische Zahnmedizin | Implantologie | Oralchirurgie

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. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Teilen Sie uns bitte mit, wenn sich zu einem späteren Zeitpunkt etwas an Ihrer Anamnese ändern sollte (Adresse, Versicherung, Erkrankungen, Medikamente).

Persönliches

Name / Vorname _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Tel. Festnetz _____ Tel. mobil _____

E-Mail _____ Beruf _____

Arbeitgeber _____ Tel. _____

Anschrift _____

Krankenkasse / private Krankenversicherung _____

Zusatzversicherung ja nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherungsnehmer/in?

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Wer ist Ihr/e Hausarzt/-ärztin?

Name _____ Ort _____

Tel. _____

Hinweise zur Organisation

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte sagen Sie ihn **mindestens 24 Stunden vorher** ab. Vielen Dank dafür!

Hinweise zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann. Dies kann sowohl durch die Behandlung selbst als auch durch den Einfluss von Anästhesien und deren möglichen Nebenwirkungen (Gefühlsstörung, Blutung, Schwellung) oder anderen Medikamenten hervorgerufen werden. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gerne ein Taxi, das Sie sicher nach Hause bringt.

In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? _____

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

Möchten Sie von uns per Post oder E-Mail an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnert werden? ja nein
 halbjährlich jährlich

Anamnesebogen



Zahnarztpraxis

Dr. van Lith und Kollegen

Ästhetische Zahnmedizin | Implantologie | Oralchirurgie

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

- Routinekontrolle
- Beratung
- Schmerzbehandlung
- Wenn ja, welche Schmerzen? _____
- neuen Zahnersatz
- „zweite Meinung“

andere Gründe: _____

Haben oder hatten Sie ...

- hohen Blutdruck ja nein
- niedrigen Blutdruck ja nein
- Schlaganfall ja nein
- Wenn ja, wann: _____
- Diabetes ja nein
- Wenn ja, welcher Typ? I II
- Asthma / COPD ja nein
- Tuberkulose ja nein
- bösartigen Tumor (Krebs) ja nein
- Wenn ja, welchen und wann? _____
- Epilepsie ja nein
- Morbus Parkinson ja nein
- Demenz ja nein
- Depression, Angstzustände ja nein
- Osteoporose ja nein
- HIV (Aids) ja nein
- Hepatitis (Gelbsucht) ja nein
- Wenn ja, welchen Typ? A B C
- Allergien ja nein
- Wenn ja, wogegen? _____
- Gelenkprothese (z.B. Knie- oder Hüftgelenk) ja nein
- Wenn ja, wo genau? _____
- Seit wann? _____

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

- Kreislaufs ja nein
- Leber ja nein
- Nieren ja nein
- Schilddrüse ja nein
- Magen-Darm-Traktes (z.B. Morbus Crohn) ja nein
- Gelenke (Rheuma) ja nein
- Wirbelsäule ja nein

Sonstige Infektionen / Erkrankungen

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie ...

- künstliche Herzklappe
- Seit wann? _____
- Stents
- Seit wann? _____
- Herzschrittmacher / Defibrillator
- Herzinfarkt
- Wann? _____
- Bypass
- Herzklappenentzündung
- Angina Pectoris

Medikamente: Nehmen oder nahmen Sie ...

- blutverdünnende Medikamente (z.B. Marcumar®, ASS, Xarelto®, Eliquis®)
- Bisphosphonate (z.B. Alendronsäure/-dronat)
- monoklonale Antikörper (z.B. Denosumab/Prolia®)
- Herzmedikamente Schmerzmittel
- Cortison (Kortikoide) Antidepressiva
- andere Medikamente
- (bitte auflisten; denken Sie auch an **Spritzen** und **Infusionen**)

Gerne können Sie uns auch Ihren Medikationsplan oder die Verordnungsliste zur Kopie geben.

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen

Medikamente oder Spritzen aufgetreten? ja nein

Wenn ja, gegen welche? _____

Für unsere Patientinnen

Sind Sie schwanger? ja nein

Wenn ja, in welcher Woche? _____

Für unsere älteren Patienten/-innen

Haben Sie einen Pflegegrad?

Wenn ja, welchen? 1 2 3 4 5

Zum Schluss

Knirschen Sie mit den Zähnen? ja nein

Rauchen Sie? ja nein

Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag? _____

Fragen / Anmerkungen

Datum

Unterschrift