

Anamnesebogen



Zahnarztpraxis

drs. (NL) Henricus van Lith | Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie

Dr. Christine Schlesinger

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.

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 Versicherter?

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Wer ist Ihr Hausarzt?

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 Injektionen oder anderen Medikamenten hervorgerufen werden. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern 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



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

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

Haben oder hatten Sie ...

- hohen / niedrigen Blutdruck ja nein
 - Schlaganfall ja nein
 - Diabetes ja nein
 - Asthma ja nein
 - Tuberkulose ja nein
 - Bösartiger Tumor (Krebs) ja nein
 - 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
 - Allergien ja nein
 - Gelenkprothese (z.B. Knie- oder Hüftgelenk) ja nein
- Wenn ja, wann: _____
- Wenn ja, welcher Typ? I II
- Wenn ja, welchen und wann? _____
- Wenn ja, welcher Typ? A B C
- Wenn ja, wogegen? _____
- Wenn ja, wo genau? _____

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

Medikamente: Nehmen Sie ...

- blutverdünnende Medikamente (z.B. Marcumar®, ASS, Xarelto)
 - Bisphosphonate (z.B. Zolendronsäure/-dronat)
 - Herzmedikamente
 - Cortison (Kortikoide)
 - andere Medikamente
 - Schmerzmittel
 - Antidepressiva
- (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? _____

Zum Schluss

- Knirschen Sie mit den Zähnen? ja nein
 - Rauchen Sie? ja nein
- Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag? _____

Fragen / Anmerkungen:

Datum

Unterschrift