

A N A M N E S E B O G E N

LIEBE PATIENTIN, LIEBER PATIENT!

BEVOR WIR UNS IN RUHE ÜBER IHRE ZAHNMEDIZINISCHEN WÜNSCHE UNTERHALTEN, BENÖTIGEN WIR NEBEN DEN ANGABEN ZU IHRER PERSON AUCH AUSKÜNFTEN ÜBER IHREN ALLGEMEINEN GESUNDHEITZUSTAND. DENN AUCH ALLGEMEINERKRANKUNGEN KÖNNEN AUSWIRKUNGEN AUF DIE ZAHNÄRZTLICHE BEHANDLUNG HABEN. DESWEGEN BITTEN WIR SIE, DIESEN ERHEBUNGSBOGEN AUSZUFÜLLEN. ER WIRD IHREN PERSÖNLICHEN UNTERLAGEN ANGEFÜGT. ALLE ANGABEN UNTERLIEGEN SELBSTVERSTÄNDLICH DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPFLICHT.

PERSÖNLICHES

NAME / VORNAME _____ GEBURTSDATUM _____

STRASSE / NR. _____ PLZ / ORT _____

TEL. PRIVAT _____ TEL. MOBIL _____

E-MAIL _____ BERUF _____

KRANKENKASSE / PRIVATE KRANKENVERSICHERUNG _____

GESETZLICH VERSICHERT	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN	PRIVAT VERSICHERT	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
BASISTARIF	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN			
ZUSATZVERSICHERUNG	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN	BEIHILFEBERECHTIGT	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
EINGLIEDERUNGSHILFE	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN	PFLEGEGERÄT	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5

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.

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?

VON BEKANNTEN EMPFOHLEN TELEFON- / BRANCHENBUCH ZEITUNGSANZEIGE
 ÜBERWEISUNG VON _____
 INTERNET, ÜBER DIE SEITE _____ SONSTIGES _____

FALLS WIR EMPFOHLEN WURDEN, HABEN SIE SICH IM VORFELD UNSEREN INTERNETAUFTRITT ANGESCHAUT? JA NEIN

MÖCHTEN SIE UNSEREN PRAXISNEWSLETTER PER E-MAIL ERHALTEN? JA NEIN

MÖCHTEN SIE VON UNS PER POST, E-MAIL ODER TELEFONISCH AN IHRE VORSORGEUNTERSUCHUNG ERINNERT WERDEN? JA NEIN

- BITTE WENDEN -

A N A M N E S E B O G E N

WARUM SUCHEN SIE UNS AUF? WÜNSCHEN SIE EINE/N ...

- ROUTINEKONTROLLE NEUEN ZAHNERSATZ
 BERATUNG „ZWEITE MEINUNG“
 SCHMERZBEHANDLUNG ANDERE GRÜNDE:

HABEN SIE AKUTE SCHMERZEN? JA NEIN

WENN JA, WIE ÄUSSERN SICH DIESE?

- DAUERSCHMERZ
 ZÄHNE REAGIEREN AUF SÜSS / SAUER
 MANCHE ZÄHNE SIND TEMPERATUREMPFINDLICH
 ZÄHNE SCHMERZEN BEI BELASTUNG ODER KAUFEN
 ZÄHNE SCHMERZEN AUCH OHNE BELASTUNG
 SCHMERZEN ODER ENTZÜNDUNGEN AM ZAHN-
FLEISCH
 KIEFERSCHMERZEN / KIEFERGELENKSCHMERZEN

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
WIRBELSÄULE JA NEIN

HABEN ODER HATTEN SIE ...

- HOHEN BLUTDRUCK JA NEIN
NIEDRIGEN BLUTDRUCK JA NEIN
DIABETES JA NEIN
ZAHNFLEISCHBLUTEN JA NEIN
OHRENSAUSEN / TINNITUS JA NEIN
EPILEPSIE JA NEIN
GRÜNEN STAR JA NEIN
TUBERKULOSE JA NEIN
HIV (AIDS) JA NEIN
HEPATITIS JA NEIN
WENN JA, WELCHER TYP? A B C
ALLERGIEN JA NEIN
WENN JA, WOGEGEN? _____

SONSTIGE INFESTIONEN / ERKRANKUNGEN:

ZU IHREM HERZEN: HABEN ODER HATTEN SIE ...

- EINE HERZKLAPPENENTZÜNDUNG
 ANGINA PECTORIS
 EINEN HERZSCHRITTMACHER
 EINEN HERZINFARKT

MEDIKAMENTE: NEHMEN SIE ...

- HERZMEDIKAMENTE CORTISON (KORTIKOIDE)
 SCHMERZMITTEL ANTIDEPRESSIVA
 BLUTVERDÜNNENDE MEDIKAMENTE,
z.B. MARCUMAR®, ASS?
 ANDERE MEDIKAMENTE:

**SIND BEI IHNEN JEMALS UNVERTRÄGLICHKEITEN
GEGEN MEDIKAMENTE ODER SPRITZEN AUFGE-
TRETEN?** 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
**FÜHLEN SIE SICH PSYCHISCH
STARK BELASTET?** JA NEIN
RAUCHEN SIE? JA NEIN

FRAGEN / ANMERKUNGEN:

DATUM

UNTERSCHRIFT