

Anamnesebogen

Persönliche Angaben

Name, Vorname: Krankenkasse:.....
Geburtsdatum: Gesetzlich Privat
Straße: Zahnzusatzversicherung
Wohnort: Basistarif Versicherter
(falls abweichend vom Patienten) Beihilfeberechtigt
Telefon (privat):.....
Email:
Beruf:
Arbeitgeber:
Behandelnder Hausarzt / Kieferorthopäde:
.....

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?
.....

Allgemeine Anamnese

Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

Erkrankungen von Herz und Kreislauf ja nein

- Herzinfarkt, wann..... Herzschrittmacher Herzrhythmusstörungen
 Künstliche Herzklappe Bypass/Stent, wann..... Herzfehler Angina Pectoris

Gefäße:

- Schlaganfall, wann..... Arteriosklerose

Atemwegserkrankungen

ja nein Asthma Atemnot COPD

Infektionserkrankungen

ja nein HIV / Aids TBC MRSA

Lebererkrankungen

ja nein Hepatitis A B C

Nierenerkrankungen

ja nein Dialyse Chron. Niereninsuffizienz

Stoffwechselstörungen

ja nein Diabetes, HbA1-Wert.....
 Schilddrüsenerkrankung

Erkrankungen an Knochen/Skelettsystem ja nein

- Osteoporose Muskelerkrankung Rheuma Künstliche Gelenke Kiefergelenk

Erkrankungen von Magen, Darm ja nein

- Sodbrennen/ Reflux

Haut- und/oder Geschlechtskrankheiten ja nein

Nerven und Gemüt

- Krampfanfälle, z.B. Epilepsie
- Parkinson
- Depression
- Demenz/Alzheimer
- Stress

Weitere Erkrankungen O ja O nein

- Erhöhter Blutdruck
- Niedriger Blutdruck
- Blutgerinnungsstörung
- Tumorleiden

- Glaukom
- Epilepsie
- Psychische Erkrankung
- Suchterkrankung
- Leukämie

- Transplantationen

Sind Sie oder waren Sie in Strahlen-/Chemotherapie? _____

Augen:

- Sehbehinderung
- Grauer Star
- Grüner Star
- Erhöhter Augeninnendruck

Allergien (Arzneimittelunverträglichkeiten) O ja O nein

- Penicillin
- Milcheiweiß
- Jod
- Latex
- Fruktose/LactoseIntoleranz
- Lebensmittel/Nahrung
- Metalle

Nehmen Sie zurzeit oder regelmäßig Medikamente ein?

Blutverdünnende Medikamente **O ja O nein** ASS Marcumar Xarelto, Plavix

Blut:

- Gerinnung, INR-Wert _____
- Quickwert

Knochenstärkungsmittel (Bisphosphonate) O ja O nein

Sonstiges

- Gab es ungewöhnliche/ überraschende Reaktionen Beim Zahnarzt?
- Welche nicht genannten Erkrankungen haben Sie?
- Für unsere weiblichen Patienten: Besteht eine Schwangerschaft? SSW: ____ Monat: ____
- Besteht ein Kinderwunsch:
- Bei welchen Zahnarzt wurden in den letzten 12 Monaten Röntgenbilder/OPG gemacht?

Medikamente, auch nicht verschreibungspflichtige / ggf. Medikamente (auch Spritzen, Infusionen), Schmerzmittel, „Pille“ _____

Zahnärztliche Anamnese

Rauchen Sie? O ja O nein Nichtraucher, seit mind. 5 Jahre
 Bis 10 Zigaretten täglich
 Über 10 Zigaretten täglich

Alkohol / Drogen

- Gelegentlich
- Mehr als 1x die Woche
- Drogenkonsum.....

Wie alt ist vorhandener Zahnersatz ?

(Prothesen/Kronen/Brücken)?

Gab es mal Komplikationen bei einer zahnärztlichen Behandlung? O ja O nein

Mundhygiene:

Zahnbürste: Hand, Elektrisch:Schall/Oszillierend

Zahnpasta: mit/ohne Flourid

Interdental? Was setzen Sie wann ein, wie oft ? _____

Ölziehen? **O Ja O Nein**

Zusätzlichen: Spüllösung: _____ - Gel: _____

Schlechter Atem? **O Ja O Nein**

Angstpatient? O Ja O Nein

Einverständnis zum Recall

Möchten Sie von uns an Ihre halbjährlichen Kontrolltermine erinnert werden? (per Post)

O ja O nein

Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes. Wir machen Sie hiermit darauf aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24h

beeinträchtigt sein kann, sowohl durch die Behandlung als auch durch den Einfluss von Injektionen oder

Medikamenten. Wir bitten Sie, Ihre Termine pünktlich einzuhalten oder mindestens 24h im Voraus abzusagen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die im Anamnesebogen geforderten Angaben gewissenhaft und wahrheitsgemäß gemacht und die

Hinweise verstanden habe.

..... Datum Unterschrift

Patient (ggf. Sorgeberechtigter)