

ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient,
 bevor wir uns über Ihre zahnmedizinischen Probleme und Wünsche persönlich unterhalten können, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand (Rückseite des Blattes). Dies ist wichtig, um mögliche Risiken zu erkennen und damit angemessen umzugehen. Wir bitten Sie, den Erhebungsbogen gewissenhaft und vollständig auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen beigelegt. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

FRAGEN ZUM PATIENTEN

Frau / Herr

Nachname _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Anschrift

Straße und Hausnummer _____ Postleitzahl _____ Ort _____

Kontakt

Mobiltelefonnummer _____ Festnetznummer _____ E-Mail-Adresse _____

Arbeitgeber

(freiwillige Angabe)

Name _____ Telefon dienstlich _____ Beruf _____

Hausarzt

(falls vorhanden)

Nachname _____ Straße und Hausnummer _____ Postleitzahl _____ Ort _____

FRAGEN ZUR VERSICHERUNG

Versicherung

Name der Versicherung/Krankenkasse _____

- gesetzlich versichert** **privat versichert**
 zahnzusatzversichert Beihilfe
 in den Bereichen: Basistarif
 Füllungen KVK (Bundesbahn)
 Prophylaxe Postbeamtenkrankenkasse
 Zahnersatz
 Kieferorthopädie

Falls der Patient familienversichert ist, wer ist der Hauptversicherte?

Versicherter

Nachname _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Anschrift

Straße und Hausnummer _____ Postleitzahl _____ Ort _____

WIE SIND SIE AUF UNSERE PRAXIS AUFMERKSAM GEWORDEN?

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Zeitungsanzeige
<input type="radio"/> Telefon-/Branchenbuch
<input type="radio"/> Im „Vorbeigehen“
<input type="radio"/> Persönliche Empfehlung
<input type="radio"/> Ärztliche Überweisung
<input type="radio"/> Durch etwas anderes: _____ | Internet
<input type="radio"/> Praxishomepage
<input type="radio"/> Telefon-/Branchenbuch im Internet
<input type="radio"/> Jameda
<input type="radio"/> Ein anderes Arztportal: _____
<input type="radio"/> Durch etwas anderes im Internet: _____ |
|---|---|

WARUM SUCHEN SIE UNS HEUTE AUF?

Ich wünsche ...

- Eine Routinekontrolle
 Eine Schmerzbehandlung
 Ein Beratungsgespräch
 Eine „zweite Meinung“
 Eine Prophylaxebehandlung
 Neuen Zahnersatz
 Ich habe einen anderen Wunsch: _____

WAS IST IHNEN BEI DER BEHANDLUNG GANZ BESONDERS WICHTIG?

(Sie können auch mehrere Antworten ankreuzen)

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Besonders genaues Eingehen auf meine Bedürfnisse und Anliegen
<input type="radio"/> Viel Information darüber, was gerade in der Behandlung passiert
<input type="radio"/> Absolute Schmerzfreiheit während und nach der Behandlung
<input type="radio"/> Beruhigende und angstlösende Atmosphäre und Maßnahmen
<input type="radio"/> Ästhetik der Zähne, auch kosmetische Zahnbehandlungen | <input type="radio"/> Hochwertige Materialien für Füllungen und Zahnersatz
<input type="radio"/> Preisgünstige Lösungen, möglichst keine Zuzahlung
<input type="radio"/> Mir ist nichts herausragend wichtig / mir ist alles ähnlich wichtig
<input type="radio"/> Bitte nur das Zahnproblem lösen, dann will ich schnell wieder weg ☺ |
|--|---|

FRAGEN ZUR ALLGEMEINEN GESUNDHEIT

Herzerkrankungen

	JA	NEIN
Herzschwäche (Insuffizienz)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzasthma, Angina pectoris	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzinnenhautentzündung (Endokarditis)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzschrittmacher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzklappenfehler, künstliche Herzklappe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zustand nach Herzinfarkt, Herz-OP,	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bypass. Wenn ja, wann? _____		
Sonstige: _____		

Kreislaufkrankungen

	JA	NEIN
Zu hoher Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zu niedriger Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ohnmachtsanfälle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige: _____		

Stoffwechselerkrankungen

	JA	NEIN
Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige: _____		

Erkrankungen des Nervensystems

	JA	NEIN
Epilepsie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krämpfe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige: _____		

Bluterkrankungen

	JA	NEIN
Blutungsneigung (Hämophilie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blutarmut (Anämie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige: _____		

Tumorerkrankungen

	JA	NEIN
Wenn ja, welche? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Infektionskrankheiten

	JA	NEIN
Leberentzündung (Hepatitis)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welcher Typ? _____		
Tuberkulose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HIV	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chronische Atemwegserkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche? _____		
Sonstige: _____		

Sonstige Erkrankungen oder Infektionen?

	JA	NEIN
Wenn ja, welche? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Allergien (Unverträglichkeit, Überempfindlichkeit)

	JA	NEIN
Allergie gegen Antibiotika/Penicillin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allergie gegen andere Medikamente oder Stoffe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, gegen welche? _____		

(Bitte legen Sie Ihren Allergiepass vor!)

Einnahme von Medikamenten

	JA	NEIN
Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche?		
• Blutverdünnende Medikamente (z. B. ASS, Marcumar, Heparin) _____		
• Bisphosphonate _____		
• Antidepressiva _____		
• Herzmedikamente _____		
Sonstige Medikamente: _____		

Drogenkonsum

	JA	NEIN
Rauchen Sie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Besteht eine Alkoholabhängigkeit?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Besteht eine andere Drogenabhängigkeit? (auch Aufputzmittel, Schlafmittel)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Patientinnen: Sind Sie schwanger?

	JA	NEIN
Wenn ja, welche Woche? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

FRAGEN ZUR MUNDGESUNDHEIT

Wann wurden Sie zuletzt im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt?

Vor ca. _____ Monaten, bei Zahnarzt / Arzt

Nachname _____

Ort _____

Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?

JA	NEIN
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Haben Sie Zahnfleischprobleme? Zahnfleischbluten?

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------

Leiden Sie unter Mundgeruch?

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------

Möchten Sie von uns per Postkarte rechtzeitig an Ihre nächste Kontrolluntersuchung erinnert werden?

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------

WICHTIGE HINWEISE

Behandlungstermine: Wir sind sehr bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Bedenken Sie jedoch, dass auch unangemeldete Schmerzpatienten ein Recht auf Behandlung haben und es dadurch im Einzelfall zu leichten Verzögerungen kommen kann. Können Sie einen vereinbarten Termin einmal nicht wahrnehmen, dann bitten wir Sie, diesen mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Wir sind persönlich, telefonisch, per Fax und per E-Mail erreichbar. An Patienten, die ihre Termine mehrfach ohne Ankündigung versäumen, kann leider kein fester Termin mehr vergeben werden.

Gesundheitskarte der gesetzlich Versicherten: Die Vorlage Ihrer Gesundheitskarte ist bei jedem Besuch zwingend erforderlich. Wir behalten uns vor, Patienten nicht zu behandeln, wenn diese ihre Gesundheitskarte nicht vorlegen.

Fahrtauglichkeit: Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Ihre Fahrtauglichkeit nach lokaler Betäubung eingeschränkt sein kann.

Mitteilung von Änderungen: Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihrer persönlichen Daten oder Ihres Gesundheitszustandes unverzüglich mit.

Ich bestätige, dass ich den Anamnesebogen gelesen und alle Fragen verstanden habe. Ich versichere, die Angaben auf diesem Bogen vollständig und inhaltlich richtig gemacht zu haben. Die wichtigen Hinweise am Ende des Bogens habe ich zur Kenntnis genommen.

Datum _____

Unterschrift Patient (bzw. gesetzlicher Vertreter) und Hauptversicherter (falls abweichend) _____