

Pat.-Nr.:

ANAMNESEBOGEN



ZAHNARZTPRAXIS

Dr. med. dent. Marko Laskowski

Dr. med. dent. Frederic Adamski

ZAHNÄRZTE

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 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 unserer Praxis.

Persönliches

Name, Vorname: _____

Straße, Nr.: _____

Tel. Festnetz: _____

Beruf: _____

Krankenkasse: _____

Geburtstag: _____

PLZ, Ort: _____

Tel. Mobil: _____

Tel. tagsüber: _____

E-Mail: _____

Gesetzlich versichert: ja nein

Wenn ja, pflichtversichert: ja nein

oder freiwilligversichert: ja nein

Zusatzversicherung: ja nein

Privatversichert: ja nein

Wenn ja, beihilfeberechtigt: ja nein

Basistarif: ja nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name, Vorname: _____

Straße, Nr. _____

Geburtsdatum: _____

PLZ, Ort: _____

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name: _____

Ort: _____

In eigener Sache

Sie wurden empfohlen durch: _____

Ihr vorheriger Zahnarzt war: _____

Für neue Patienten:

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

Routinekontrolle

Beratung

Schmerzbehandlung

neuen Zahnersatz

„zweite Meinung“

Prophylaxe (Zahnreinigung)

Information über Arten der Füllungstherapie
(z.B. Kunststofffüllung, Inlays)

Überweisung vom Hauszahnarzt

Sonstiges: _____

Haben Sie akute Schmerzen? ja nein

Wenn ja, wie äußern sie sich?

Dauerschmerz

Zähne reagieren auf süß/sauer

Zähne sind temperaturempfindlich

Zähne schmerzen bei Belastung oder Kauen

Zähne schmerzen auch ohne Belastung

Schmerzen oder Entzündung am Zahnfleisch

Kiefer-/Kiefergelenkschmerzen

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?

Herz	Augen	Bewegungsapparat
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Zustand nach Infarkt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Grauer Star	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Rheuma
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Grüner Star	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> rheumatoide Arthritis
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Muskelentzündung	Atemwege/Lunge	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Gicht
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Verengung der Herzkranzgefäße	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Asthma	Zentrales Nervensystem
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Rhythmusstörungen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Bronchitis	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> epileptische Anfälle
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Bypassoperation	Magen-Darm-Trakt	Vegetatives Nervensystem
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Herzklappenersatz	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Magenerkrankung	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Schrittmacher	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Darmerkrankung	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Migräne
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Vorhofflimmern	Blasen-Nieren	Stoffwechsel
Kreislauf	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Blasenerkrankung	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> niedriger Blutdruck	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfunktion
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Bluthochdruck	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Dialyse	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Schilddrüsenunterfunktion
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Angina pectoris	Leber	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Entfernung Schilddrüse
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Gelbsucht	
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Schlaganfall	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Typ A	
Erkrankungen des blutbildenden Systems	<input type="checkbox"/> Typ B	
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Blutarmut	<input type="checkbox"/> Typ C	
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Bluter		
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Hauterkrankungen – wenn ja, Diagnose: _____		
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> HIV bzw. AIDS, Tuberkulose		
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Tumorerkrankungen (Bestrahlung, Chemotherapie) – wenn ja, Diagnose: _____		
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Osteoporose		
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Röteln, Mumps, Masern, Scharlach		

ja nein Nehmen Sie regelmäßig Medikamente oder andere Stoffe?

Wenn ja, folgende _____

Sonstige medizinisch wichtige Informationen:

ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Bluten Sie lange, wenn Sie sich schneiden oder bekommen Sie leicht blaue Flecken?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe? Bei ja, folgende _____
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Hat sich in letzter Zeit Ihr Gewicht stark verringert?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Besitzen Sie einen Allergiepass? Wenn ja gegen welche Stoffe sind Sie allergisch? _____
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung? Wenn ja, folgende: _____	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Traten oder treten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf? Wenn ja, welche? _____
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Nehmen Sie regelmäßig Alkohol oder Drogen zu sich? Wenn ja, folgende _____	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Sind Sie z. Zt. schwanger? Wenn ja, in welchem Monat? _____
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Waren Sie alkohol- oder drogenabhängig?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Knirschen Sie mit den Zähnen?
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Rauchen Sie oder haben Sie schon mal geraucht?	

...zum Schluss – und dann haben Sie es geschafft:

ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft? (Eintragungen der letzten 5 bzw. 10 Jahre)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Möchten Sie von uns per SMS an Ihre Termine erinnert werden?
--	--

Wir machen Sie hiermit aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann und zwar sowohl durch die Behandlung an sich, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gerne ein Taxi.

Hinweise zur Organisation: Sie können einen Termin nicht einhalten? Wir bitten Sie **spätestens 24 Stunden vorher abzusagen**, sollten Sie den vereinbarten Termin nicht einhalten können. Ansonsten müssten wir Ihnen die vorgesehene Arbeit bzw. ungenutzte Zeit in Rechnung stellen (§§ 304,615 BGB).

Datum: _____ Unterschrift: _____