

Anamnese-Bogen



Praxis für Zahnheilkunde

Zahnärztin Bettina Koch

Rotdornallee 43a · 51503 Rösrath-Hoffnungsthal
Tel. 02205-50 19 · Fax 02205-91 10 10

Patient

Name _____ Vorname _____ geb. _____

Mitglied/ Versicherter

Name _____ Vorname _____ geb. _____

Anschrift

Postleitzahl _____ Ort _____

Straße _____ Nr. _____ Telefon privat _____

Beruf _____ Arbeitgeber _____

Anschrift Arbeitgeber

Ort _____ Straße _____ Telefon geschäftlich _____

Name der Krankenkasse, Privatkrankenkasse

Beihilfeberechtigt zusätzlich versichert freiwillig versichert

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

viele Krankheiten können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Die Angaben dienen ausschließlich dazu, Ihren Gesundheitszustand bei der Behandlung zu berücksichtigen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung der Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

Haben oder hatten Sie folgende Krankheiten:

Allgemeine Situation	Ja	Nein		Ja	Nein
• Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Frühere Operationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Erkrankung des Herzens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Sind oder waren Sie drogenabhängig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Angeborene oder erworbene Herzfehler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Bestehen z.Zt. sonstige Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche: _____		
• Ohnmachtsneigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Nehmen Sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung hemmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Magen-Darmerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Falls ja, welche? _____		
• Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?		
• Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. _____ wofür _____		
• Erkrankungen des Blutes, z. B. langes Nachbluten, Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. _____ wofür _____		
• Allergien, z. B. Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. _____ wofür _____		
• Asthma/Lungenerkrankung/Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Wann wurden Sie zum letzten mal geröntgt?		
• Nervenerkrankung/Depressionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Datum/ ungefähr: _____		
• Anfallsleiden, z. B. Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Organ: _____		
• Rheuma/rheumatisches Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Waren Sie innerhalb der letzten zwei Jahre im Krankenhaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Lebererkrankung/Gelbsucht/Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
• Augenerkrankung, z. B. grüner Star/Glaucom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
• Immunschwäche AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
• Rauchen Sie oder haben Sie geraucht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?

Ja

_____ Woche

Nein

Ungewiss

Hausarzt

Tel. Nr.

Wegen des Mutterschutzes bitten wir um sofortige Mitteilung, wenn während des Behandlungszeitraumes eine Schwangerschaft eintritt!

Bitte wenden!

Zahn-Mund-Situation

Welches besondere Anliegen führt Sie in unsere Praxis:

- | | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Zahnfleischbluten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Geräusche im Kiefergelenk (z.B. beim Gähnen, Kauen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Schmerzen am Kopf/ Nacken | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Tragen Sie Zahnersatz? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Seit wann? _____ | | |
| • Sind Sie mit der Stellung, Farbe, Form Ihrer Zähne,
kurz: mit Ihrem „Lächeln“ unzufrieden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Haben Sie Interesse an einer Vorsorge gegen Karies
und Zahnfleischrückgang? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Möchten Sie über höherwertige Behandlungen informiert werden, die nicht
zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung zählen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Wann waren Sie zum letzten Mal beim Zahnarzt? _____ | | |
| • Bei Zahnarzt _____ | | |
| • Wie alt ist ggf. vorhandener Zahnersatz? _____ | | |

Meine besonderen Wünsche beim Zahnarzt:

Wir möchten Sie darauf hinweisen, daß die Fahrtauglichkeit nach einer lokalen Betäubung eingeschränkt ist.
Falls Sie Änderungen Ihres Gesundheitszustandes feststellen, bitten wir um unverzügliche Mitteilung.
Wir hoffen, daß Sie sich in unserer Praxis wohl fühlen. Sollten Sie Fragen haben, stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Ich bin damit einverstanden, daß meine Gesundheitsdaten an einen möglichen Praxisnachfolger weitergegeben werden.
Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben.

Datum

Unterschrift (Bei Minderjährigen gesetzlicher Vertreter)