

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

vielen Dank, dass Sie zur Zahnbehandlung in unsere Praxis kommen. Diese wird nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Medizinisch notwendige, nicht vorhersehbare Behandlungsmaßnahmen (Notfälle) können jedoch ausnahmsweise zu leichten Verzögerungen führen. Dafür bitten wir um Ihr Verständnis. Wenn Sie einen mit uns vereinbarten Termin nicht einhalten können, so sagen Sie diesen bitte möglichst frühzeitig ab, d.h. spätestens 48 Stunden vorher, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden. Es sei denn, das Nichterscheinen ist unverschuldet. Besuchen Sie uns ohne Termin aufgrund eines unvorhersehbaren Notfalles (z. B. akute Schmerzen), müssen Sie mit Wartezeiten rechnen.

Nachname, Vorname (Patient) Geburtsdatum

Straße, Hausnummer Postleitzahl, Ort

Telefon (tagsüber) Telefon mobil

E-Mail-Adresse

Versicherter (falls abweichend) Geburtsdatum

Straße, Hausnummer (falls abweichend) Telefon

Beruf des Mitglieds

Arbeitgeber Anschrift und Telefonnummer

- es besteht ein Pflegegrad Stufe
- pflichtversichert mit privater Zusatzversicherung **JA** **Nein**
- privat versichert
- nicht versichert
- freiwillig versichert

1. Hatten oder haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

- a)** Asthma (schwere Atemnot) Tuberkulose
 Leberkrankheiten Zuckerkrankheit Typ 1 2
 Rheuma Hepatitis (Gelbsucht) A / B / C
 Bluterkrankungen Anfallsleiden (Epilepsie)
 Blutgerinnungsstörungen Schilddrüsenerkrankungen, welche _____
 HIV-Infektion

b) Reaktionen/Unverträglichkeit von Medikamenten bzw. Materialien
Welche? _____

- c)** Herzinfarkt, wann? _____
 Herzschrittmacher _____
 blutverdünnende Medikamente _____
 Schlaganfall, wann _____
 Schwangerschaft, welche Woche? _____
 sonstige Krankheiten _____

2. Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

3. Wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung und welche Körperregion?

4. Wann wurde Ihr Blutdruck zuletzt gemessen? _____ Wie hoch? _____ / _____

5. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Lächeln?

- 1 = Gar nicht 3 4 5 6 7 8 9 10 = Sehr zufrieden

6. Wünschen Sie eine Aufklärung zur Beseitigung von Zahnfehlstellungen mittels einer unsichtbaren Schiene? Ja Nein

7. Leiden Sie unter Zahnfleischbluten? Ja Nein

8. Leiden Sie unter empfindlichen Zahnhälsen? Ja Nein

9. „Knackst“ Ihr Kiefergelenk, leiden Sie unter Beschwerden der Kaumuskulatur? Ja Nein

9. Schnarchen Sie? Ja Nein

10. Haben Sie Interesse an einer entspannten und angstfreien Behandlung unter Lachgas? Ja Nein

11. Rauchen Sie? Ja Stück/ Tag Nein

Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für 4-6 Stunden beeinträchtigt sein kann.

Unterschreibt bei Erziehungsberechtigten eine/r allein, erklärt sie/er mit der Unterschrift, dass ihr/ihm das alleinige Sorgerecht zusteht, bzw. im Einverständnis mit dem anderen handelt.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und die Richtigkeit meiner vorgenannten und obigen Angaben und, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum

Unterschrift