

A N A M N E S E B O G E N

Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir freuen uns, Sie bei uns in der Praxis zu begrüßen. Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der zahnärztlichen Schweigepflicht.

Ihr Dr. Karsten Hoffend & Team

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Straße, Nr. _____ PLZ, Ort _____

Telefon privat _____ Telefon mobil _____

E-Mail _____ Beruf, Arbeitgeber _____

Krankenkasse / private Krankenversicherung _____

Gesetzlich versichert Privat versichert Zusatzversicherung

Bitte bei einer Privatversicherung angeben:

Standardtarif Basistarif Beihilfeberechtigt Studentisch versichert

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist der Versicherungsnehmer?

Name _____ Geburtsdatum _____

Straße, Nr. _____ PLZ, Ort _____

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name _____

PLZ, Ort _____ Telefon _____

Hinweise zur Organisation

Wir bieten Ihnen den Service einer reinen Bestellpraxis. Das heißt, an Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert. Lange Wartezeiten werden so häufig vermieden. Wir bitten Sie daher, Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Durch Fernbleiben entstandene Kosten können berechnet werden. Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann. Auf Wunsch rufen wir Ihnen gerne ein Taxi, das Sie sicher nach Hause bringt.

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Persönliche Empfehlung Telefon- / Branchenbuch Anzeige

Überweisung von _____

Internet: _____ Sonstiges: _____

Haben Sie sich unseren Internetauftritt im Vorfeld angeschaut? ja nein

ANAMNESEBOGEN

Haben Sie akute Schmerzen? ja nein

Wenn ja, wie äußern sich diese?

- Dauerschmerz
- Zähne reagieren auf süß / sauer
- Zähne sind temperaturempfindlich
- Zähne schmerzen bei Belastung oder Kauen
- Zähne schmerzen auch ohne Belastung
- Schmerzen und Entzündungen am Zahnfleisch
- Kieferschmerzen / Kiefergelenkschmerzen

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der/des ...

- Herzens oder Kreislaufs Leber
- Nieren Schilddrüse
- Magen-Darm-Trakt Wirbelsäule
- Gelenke (Rheuma)

Haben oder hatten Sie ...

- Niedrigen Blutdruck Hohen Blutdruck
- Zahnfleischbluten Diabetes
- Ohrensausen / Tinnitus
- Epilepsie Grünen Star
- Tuberkulose HIV (Aids)
- Hepatitis

Wenn ja, welcher Typ A B C

Allergien

Wenn ja, wogegen? _____

Eine Gelenk- / Endoprothese (Hüfte, Knie, ...)

Wenn ja, seit wann? _____

Sonstige Infektionen / Erkrankungen:

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie ...

- eine Herzklappenentzündung Angina Pectoris
- einen Herzschrittmacher einen Herzinfarkt

Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche?

- Herzmedikamente Cortison (Kortikoide)
- Schmerzmittel Antidepressiva
- Blutverdünnende Medikamente
(z.B. ASS, Marcumar, Heparin)?

Sonstige? _____

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen
Medikamente oder Spritzen aufgetreten?

ja nein

Wenn ja, welche? _____

Für unsere Patientinnen

Sind Sie schwanger?

ja nein

Wenn ja, in welcher Woche? _____

Mundgesundheitsituation

Haben Sie ein bestimmtes Anliegen welche Sie in unsere
Praxis führt?

- Vorsorge Beratung
- Schmerzbehandlung Neuer Zahnersatz
- Zweite Meinung“ Sonstiges: _____

Knirschen Sie mit den Zähnen? ja nein

Fühlen Sie sich psychisch stark belastet? ja nein

Rauchen Sie? ja nein

Haben Sie Zahnfleischprobleme? Blutungen beim
Zähneputzen? Zahnfleischrückgang?

ja nein

Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig halbjährlich /
jährlich professionell gereinigt (PZR, Prophylaxe)?

ja nein

Dürfen wir Ihnen den Service bieten, Sie halbjährlich /
jährlich an Ihre Vorsorge zu erinnern?

ja nein

Haben Sie noch Fragen oder ein besonderes Anliegen? _____

Datum

Unterschrift