

ANAMNESEBOGEN



Ayse Sari, Zahnärztin
Hochstraße 5, 47918 Tönisvorst

Tel.: 02151 - 790 951

Fax: 02151 - 788 452

info@zahnarztpraxis-sari.de

www.zahnarztpraxis-sari.de

Liebe Patientin, lieber Patient!

Bevor wir uns in Ruhe um Ihre zahnmedizinischen Wünsche bemühen, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Da auch Allgemeinerkrankungen Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben können. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliches

Name / Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße / Nr.: _____ PLZ / Ort: _____

Telefon (Privat): _____ Beruf: _____

E-Mail Adresse: _____

Krankenkasse: _____

gesetzlich versichert: ja nein privat versichert: ja nein Basistarif: ja nein

Zusatzversicherung: ja nein beihilfeberechtigt: ja nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter:

Name / Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße / Nr.: _____ PLZ / Ort: _____

Hinweis zur Praxisorganisation

Die Terminvergabe in unserer Praxis dient zu einem organisierten und pünktlichen Behandlungsverlauf. Wir vergeben Termine individuell für Sie. Wenn Sie einen vereinbarten Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie den Termin mind. 24 Stunden vorher abzusagen, damit wir diesen neu vergeben können. Wenn Sie später absagen oder ohne Absage den Termin nicht wahrnehmen und es uns nicht möglich ist, den Behandlungstermin anderweitig zu vergeben, sehen wir uns verpflichtet Ihnen den Ausfall mit 100€ in Rechnung zu stellen. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie uns, dass Sie damit einverstanden sind.

Sie geben sich auch damit einverstanden, dass wir am Vortag Ihrer Behandlung telefonisch oder per SMS Ihren Termin bestätigen. Wir erlauben uns auch, mittels Telefon, Brief, Mail oder SMS Sie vierteljährlich für einen Termin zu kontaktieren. Wenn Sie mit diesem Recallverfahren nicht einverstanden sind, geben Sie dies bitte hier an.

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung.

Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen durch die Betäubung bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann.

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Routinekontrolle | <input type="checkbox"/> neuen Zahnersatz |
| <input type="checkbox"/> Beratung | <input type="checkbox"/> zweite Meinung |
| <input type="checkbox"/> Schmerzbehandlung | <input type="checkbox"/> andere Gründe: |
-

Haben Sie akute Schmerzen? ja nein

Wenn ja, wie äußern sich diese?

- Manche Zähne sind temperaturempfindlich
- Zähne schmerzen bei Belastung oder Kauen
- Schmerzen oder Entzündungen am Zahnfleisch
- Kieferschmerzen / Kiefergelenkschmerzen

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

- | | | |
|-------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Herzens oder Kreislaufs | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Nieren | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Schilddrüse | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Haben oder hatten Sie ...

- | | | |
|--------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| hohen Blutdruck | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| niedrigen Blutdruck | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Zahnfleischbluten / Mundgeruch | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Migräne / Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Epilepsie | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Grüner Star (Augennendruck) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| eine Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Rheuma | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Tuberkulose | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| HIV (Aids) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Hepatitis | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Allergien | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Wenn ja, wogegen?

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie eine/n ...

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Herzklappenentzündung | <input type="checkbox"/> Angina Pectoris |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt |

Sonstige Infektionen / Erkrankungen:

Welche Medikamente nehmen Sie?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Herzmedikamente | <input type="checkbox"/> blutverdünnende Medikamente (z.B. Marcumar) |
| <input type="checkbox"/> Schmerzmittel | |
| <input type="checkbox"/> Cortison (Kortikoide) | <input type="checkbox"/> Antidepressiva |
| sonstige Medikamente: | |
-
-

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten?

ja nein

Wenn ja, gegen welche?

Für unsere Patientinnen

Sind Sie Schwanger?

ja nein

Wenn ja, in welcher Woche?

Zum Schluss

Knirschen Sie mit den Zähnen? ja nein

Fühlen Sie sich psychisch stark belastet? ja nein

Rauchen Sie? ja nein

In eigener Sache

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Sie sind uns wichtig:

Was sollen wir bei der Behandlung besonders berücksichtigen?

Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch vermisst?

Sind Sie Angstpatient?

ja nein

Datum, Unterschrift: _____