

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 allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, besprechen wir diese gerne vor der Behandlung mit Ihnen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Können Sie einen Termin nicht einhalten? Bitte sagen Sie ihn mindestens 24 Stunden vorher ab. Vielen Dank!

PERSÖNLICHES

Name / Vorname _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Tel. Festnetz _____ Tel. mobil _____

E-Mail _____ Beruf* _____

Krankenkasse / private Krankenversicherung _____

gesetzlich versichert ja nein Zusatzversicherung ja nein beihilfeberechtigt ja nein
privat versichert ja nein Basistarif ja nein Pflegegrad _____

Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft? (Eintragungen der letzten 5 Jahre) ja nein

WENN SIE NICHT SELBST KRANKENVERSICHERUNGSMITGLIED SIND, WER IST VERSICHERTER?

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

WER IST IHR HAUSARZT?

Name _____ Ort _____

Tel. _____

HINWEISE ZUR VERKEHRSTÜCHTIGKEIT NACH ZAHNÄRZTLICHEN BEHANDLUNGEN

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann. Dies kann sowohl durch die Behandlung selbst, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten hervorgerufen werden. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi, das Sie sicher nach Hause bringt.

WARUM SUCHEN SIE UNS AUF? WÜNSCHEN SIE EINE/N ...

Routinekontrolle neuen Zahnersatz Beratung „zweite Meinung“ Schmerzbehandlung

andere Gründe _____

WIE ÄUSSERN SICH IHRE SCHMERZEN?

ANAMNESEBOGEN

für Erwachsene

LEIDEN ODER LITTEN SIE AN ERKRANKUNGEN DER / DES ...

HERZENS

- Zustand nach Infarkt ja nein
Herzinsuffizienz ja nein
Muskelentzündung ja nein
Verengung der Herzkranzgefäße ja nein
Rhythmusstörungen ja nein
Bypassoperation ja nein
Herzklappenersatz ja nein
Schrittmacher ja nein

KREISLAUFS

- niedriger Blutdruck ja nein
hoher Blutdruck ja nein
Angina pectoris ja nein
Durchblutungsstörungen ja nein
Schlaganfall ja nein
Ohnmachtsneigung ja nein

BLUTBILDENDEN SYSTEMS

- Blutarmut ja nein
Bluter ja nein

AUGEN

- Grauer Star ja nein
Grüner Star ja nein

ATEMWEGE/LUNGEN

- Asthma ja nein
Bronchitis ja nein

MAGEN-DARM-TRAKTS

- Magenerkrankung ja nein
Darmerkrankung ja nein

BLASEN/NIEREN

- Blasenerkrankung ja nein
Nierenerkrankung ja nein
Dialyse ja nein

LEBER

- Gelbsucht ja nein
Hepatitis ja nein

BEWEGUNGSAPPARATES

- Rheuma ja nein
Rheumatische Arthritis ja nein
Osteoporose ja nein

ZENTRALEN NERVENSYSTEMS

- Epileptische Anfälle ja nein

VEGETATIVEN NERVENSYSTEMS

- Kopfschmerzen ja nein
Migräne ja nein

STOFFWECHSELS

- Zuckerkrankheit ja nein
Schilddrüsenüberfunktion ja nein
Schilddrüsenunterfunktion ja nein

SONSTIGES

- Hautkrankheiten ja nein
Geschlechtskrankheiten ja nein
HIV bzw. AIDS, Tuberkulose ja nein
Tumorerkrankungen ja nein
Röteln, Mumps, Masern, Scharlach ja nein

Körpergröße cm Gewicht kg

Wichtige Angaben wg. verschreibungspflichtiger Medikamente

BEHANDELNDER ARZT BEI EINER DER O. G. ERKRANKUNGEN

Arzt _____

Ort _____

Telefon _____

SONSTIGE MEDIZINISCH WICHTIGE INFORMATIONEN:

Bluten Sie lange, wenn Sie sich schneiden? ja nein

Bekommen Sie schnell blaue Flecke? ja nein

Hat sich Ihr Gewicht stark verringert? ja nein

Nehmen Sie regelmäßig Alkohol/Drogen zu sich? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Sind Sie gegen Medikamente allergisch? ja nein

Wenn ja, gegen welche? _____

Sind Sie gegen andere Stoffe allergisch? ja nein

Wenn ja, gegen welche? _____

Besitzen Sie einen Allergiepass? ja nein

Sind Sie allergisch gegen Spritzen? ja nein

Wenn ja, gab es Nebenwirkungen? _____

Knirschen Sie mit den Zähnen? ja nein

Rauchen Sie? ja nein

Sind Sie schwanger? ja nein

Wenn ja, in welchem Monat? _____

Nehmen Sie Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Fragen / Anmerkungen _____

Datum

Unterschrift