



ZAHNARZTTEAM
HAMM

ANAMNESEBOGEN

LIEBE PATENTIN, 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. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht unserer Praxis.

PERSÖNLICHES

Name / Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße/Nr. _____

PLZ / Ort _____

Tel. privat _____

Tel. mobil _____

E-Mail _____

Beruf _____

Arbeitgeber _____

Krankenkasse _____

TERMINEINHALTUNG

Bitte beachten Sie, dass wir eine Bestellpraxis sind. Termine, die Sie nicht einhalten können, müssen bei Verhinderung **mindestens 24 Stunden** vorher telefonisch oder persönlich bei uns abgesagt werden. Diese Regelung gilt für Termine, für die wir 1 Stunde oder länger eingeplant haben. Für unentschuldigt nicht eingehaltene Termine sehen wir uns gezwungen, ein Ausfallhonorar in Rechnung zu stellen. Das Ausfallhonorar beträgt pro versäumter Stunde 50 €. **Vielen Dank für Ihre Mithilfe und Ihr Verständnis.**

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

- Routinekontrolle neuen Zahnersatz Beratung
 „zweite Meinung“ Schmerzbehandlung

andere Gründe: _____

Haben Sie akute Schmerzen? ja nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name / Vorname _____

Geburtsdatum _____

Sind Sie beihilfeberechtigt? ja nein

Eingliederungshilfe nach § 22a SGB V? ja nein

Sind Sie privatversichert? ja nein

Basistarif? ja nein

Zusatzversicherung? ja nein

Pflegegrad? ja nein Wenn ja, welche Stufe? _____

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name _____

Ort _____ Tel. _____

Wenn ja, wie äußern sich diese?

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

_____ →

Bitte wenden

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

- Herzens oder Kreislaufs ja nein
Leber ja nein
Nieren ja nein
Schilddrüse ja nein
Magen-Darm-Traktes ja nein
Gelenke (Rheuma) ja nein
Wirbelsäule ja nein

Haben oder hatten Sie ...

- hohen Blutdruck ja nein
niedrigen Blutdruck ja nein
Diabetes ja nein HbA1C Wert: _____ mmol/mol
Ohrensausen / Tinnitus ja nein
Epilepsie ja nein
Grünen Star ja nein
Osteoporose ja nein
Tuberkulose ja nein
HIV (Aids) ja nein
Hepatitis ja nein
Wenn ja, welcher Typ? A B C
Allergien ja nein
Wenn ja, wogegen? _____

Sonstige Infektionen / Erkrankungen: _____

Haben sie Endoprothesen (Künstliche Gelenke)? ja nein

Wenn ja, wo? _____

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie ...

- eine Herzklappenentzündung Angina Pectoris
 einen Herzschrittmacher einen Herzinfarkt

IN EIGENER SACHE (OPTIONAL)

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- von Bekannten empfohlen Telefon- /Branchenbuch Zeitungsanzeige
 Überweisung von _____ Internet, über die Seite _____
 Sonstiges _____

Falls wir empfohlen wurden, haben Sie sich im Vorfeld unseren Internetauftritt angeschaut? ja nein

Möchten Sie von uns an Ihre halbjährliche Vorsorgeuntersuchung erinnert werden? ja nein

Wenn ja, wie? per Post per E-Mail telefonisch per SMS

Bitte beachten Sie, dass bei einer Erinnerung per Post unser Newsletter beiliegt.

Dürfen wir Sie namentlich im Wartezimmer aufrufen? ja nein

Medikamente – Nehmen Sie ...

- Herzmedikamente Cortison (Kortikoide)
 Schmerzmittel Antidepressiva
 Bisphosphonate
 blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar, ASS?
 andere 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

Fragen/Anmerkungen:

Datum

Unterschrift