



ZAHNARZTTEAM HAMM

ANAMNESEBOGEN

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

PERSÖNLICHES

Name / Vorname _____

Geburtstag _____

Straße/Nr. _____

Tel. privat _____

Tel. mobil _____

E-Mail _____

Beruf _____

Arbeitgeber _____

Krankenkasse _____

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name/Vorname _____

Geburtsdatum _____

Sind Sie beihilfeberechtigt? ja nein

Sind Sie privatversichert? ja nein

Basistarif? ja nein

Zusatzversicherung? ja nein

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name _____

Ort _____

Tel. _____

HINWEISE ZUR ORGANISATION

Sie können einen Termin nicht einhalten?

Bitte sagen Sie ihn mindestens 24 Stunden vorher ab.

IN EIGENER SACHE

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

von Bekannten empfohlen Telefon- /Branchenbuch

Überweisung von _____

Sonstiges _____

Zeitungsanzeige

Internet, über die Seite _____

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

ja nein

Möchten Sie unseren Praxisnewsletter per E-Mail erhalten?

ja nein

Möchten Sie von uns an Ihre halbjährliche Vorsorgeuntersuchung erinnert werden?

ja nein

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

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 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

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
Zahnfleischbluten ja nein
Ohrensausen / Tinnitus ja nein
Epilepsie ja nein
Grünen Star ja nein
eine Schilddrüsenerkrankung ja nein
Rheuma 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: _____

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie ...

- eine Herzklappenentzündung Angina Pectoris
 einen Herzschrittmacher einen Herzinfarkt

Medikamente – Nehmen Sie ...

- Herzmedikamente Cortison (Kortikoide)
 Schmerzmittel Antidepressiva
 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