

Patienten-Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bevor wir uns Ihren zahnmedizinischen Wünschen widmen, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand, um unsere Behandlung darauf abstimmen zu können.

Füllen Sie deshalb bitte nachstehenden Fragebogen sorgfältig aus. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt. Beachten Sie bitte auch unsere Hinweise am Ende dieses Fragebogens. Sollten Sie Fragen haben, geben wir Ihnen gerne Auskunft.

Patientendaten:

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Straße, Hausnummer	PLZ, Wohnort	Telefon, Mobilnummer
--------------------	--------------	----------------------

Krankenkasse	Beruf, Arbeitgeber	Emailadresse
--------------	--------------------	--------------

Versicherter:

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Straße, Hausnummer	PLZ, Wohnort	Telefon, Mobilnummer
--------------------	--------------	----------------------

Fragen zu Ihrer Gesundheit:

ja	nein	Röntgenaufnahmen
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Welcher Zahnarzt? _____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Wenn ja wann? _____

ja	nein	Herz / Kreislauf
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Herzfehler
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Angina pectoris
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Herzklappenentzündung
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Künstliche Herzklappe
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Herzschrillmacher
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hoher Blutdruck
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Niedriger Blutdruck
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Herzrhythmusstörung
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
		sonstiges

ja	nein	Blutgefäße
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schlaganfall
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Durchblutungsstörungen
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Thrombosen
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
		sonstiges

ja	nein	Niere
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Dialysepflicht
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nierenentzündung
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
		sonstiges

ja	nein	Magen / Darm
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Magengeschwür
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sodbrennen
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Refluxkrankheit
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Morbus Crohn
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
		sonstiges

ja	nein	Stoffwechsel / Zuckerkrankheit
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Diabetes mellitus Typ I
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Diabetes mellitus Typ II
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schilddrüsenunterfunktion
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schilddrüsenüberfunktion
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
		sonstiges

weiter auf Seite 2

ja	nein	Atemwege / Lunge
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Asthma
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Lungenentzündung
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tuberkulose
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Chronische Bronchitis
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schlafapnoe
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mukoviszidose
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
		sonstiges

ja	nein	Leber
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hepatiits <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Leberzirrhose
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
		sonstiges

ja	nein	Blut
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Gerinnungsstörungen
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Neigung zu blauen Flecken / Hämatomen
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
		sonstiges

ja	nein	Nehmen Sie regelmäßig / zur Zeit Medikamente ein?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Wenn ja, welche? _____

ja	nein	Allgemeine Angaben
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Drogenkonsum
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Raucher
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Regelmäßiger Alkoholgenuß

Wie haben Sie von uns erfahren?	
<input type="radio"/>	Internet
<input type="radio"/>	Zufall
<input type="radio"/>	Empfehlung von: _____

Aufklärung über die zahnärztliche Anästhesie

Mögliche Nebenwirkungen der Lokalanästhesie: Es kann zu folgenden Komplikationen kommen: Hämatom (Bluterguss); Behinderung der Mundöffnung; Infektionen; Nervenschädigung; Irritation von Nervenfasern: Hierdurch sind vorübergehend bzw. dauerhafte Gefühlsstörungen möglich; Verkehrstüchtigkeit: Sie sollten während dieser Zeit nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen; Selbstverletzung.

Hinweise zu unserem Praxisablauf und weitere Vereinbarungen

Um Ihnen Wartezeiten zu ersparen und einen reibungs-

Bitte unterzeichnen Sie

ja	nein	Infektionserkrankungen
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	MRSA
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ebola
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Creutzfeldt-Jakob
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
		sonstiges

ja	nein	Immunschwäche
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Einnahme von Cortison
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Zustand nach Organtransplantation
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	AIDS / HIV
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bisphosphonattherapie
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
		sonstiges

ja	nein	Allergien / Unverträglichkeiten
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Spritzen / Lokalanästhesie / Schmerzmittel
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Antibiotika
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Metalle
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Jod
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Latex
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
		sonstiges

ja	nein	Sind Sie schwanger?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Wenn ja, wievielte Woche?

ja	nein	Sonstiges?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

Wünschen Sie eine Aufnahme in unser Erinnerungssystem (Recall)?

ja nein

losen Ablauf in unserer Praxis zu gewährleisten, werden Behandlungszeiten in unserer Bestellpraxis ausschließlich für Ihre Behandlung reserviert. Sollten Sie verhindert sein, bitten wir Sie dringend, uns rechtzeitig, spätestens 24 Stunden vor Terminbeginn, Ihre Verhinderung mitzuteilen, damit der Termin möglichst anderweitig vergeben werden kann. Anderenfalls werden wir Ihnen ggf. ein Ausfallhonorar in Rechnung stellen. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu. Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes unaufgefordert mit. Ich habe die Aufklärung über die Lokalanästhesie gelesen.

Ort, Datum

Unterschrift

Unterschrift gesetzlicher Vertreter / Erziehungsberechtigter