

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 |
|----|------|------------------|
|----|------|------------------|

- Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?
- Welcher Zahnarzt? _____
- Wenn ja wann? _____

| ja | nein | Herz / Kreislauf |
|----|------|------------------|
|----|------|------------------|

- Herzfehler
 - Angina pectoris
 - Herzklappenentzündung
 - Künstliche Herzklappe
 - Herzschrittmacher
 - Hoher Blutdruck
 - Niedriger Blutdruck
 - Herzrhythmusstörung
 - _____
- sonstiges

| ja | nein | Blutgefäße |
|----|------|------------|
|----|------|------------|

- Schlaganfall
 - Durchblutungsstörungen
 - Thrombosen
 - _____
- sonstiges

| ja | nein | Niere |
|----|------|-------|
|----|------|-------|

- Dialysepflicht
 - Nierenentzündung
 - _____
- sonstiges

| ja | nein | Magen / Darm |
|----|------|--------------|
|----|------|--------------|

- Magengeschwür
 - Sodbrennen
 - Refluxkrankheit
 - Morbus Crohn
 - _____
- sonstiges

| ja | nein | Stoffwechsel / Zuckerkrankheit |
|----|------|--------------------------------|
|----|------|--------------------------------|

- Diabetes mellitus Typ I
 - Diabetes mellitus Typ II
 - Schilddrüsenunterfunktion
 - Schilddrüsenüberfunktion
 - _____
- 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"/> | Hepatitis <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)? | |
|---|------|
| <input type="radio"/> | ja |
| <input type="radio"/> | 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