

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
		Datum



Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Unser Ziel ist es, Ihnen eine bestmögliche und individuelle Behandlung anzubieten. Deshalb möchten wir Sie bitten, sich einen Moment Zeit zu nehmen, diesen Fragebogen sorgfältig zu lesen und so genau wie möglich auszufüllen. Gerne besprechen wir die wesentlichen Fragen und Antworten gleich noch einmal ausführlich mit Ihnen. Alle Angaben unterliegen natürlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Anamnesebogen

Vielen Dank, dass Sie uns Ihr Lächeln und Ihre Zahngesundheit anvertrauen.



1. Angaben zu Ihrer Person

m w

Straße _____

PLZ, Ort _____

Tel. privat _____

Mobil _____

E-Mail _____

Telefon dienstlich _____

Arbeitgeber _____

Beruf _____

Wie sind Sie versichert?

gesetzlich privat zusatzversichert

Welche Zusatzversicherung? _____

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name, Vorname _____

Geb. Datum _____ m w

Ihr persönlicher Gesundheitscheck

Wer ist Ihr Hausarzt (Name, Adresse)? _____

Bei welchen Fachärzten sind Sie zur Zeit in Behandlung (Name, Adresse)? _____

Wurden bereits Röntgenbilder der Zähne und / oder des Kopfes angefertigt? Ja Nein
Wenn ja, wann und von wem wurden die Röntgenaufnahmen angefertigt?



2. Was ist der Grund Ihres Besuches?

Kontrolluntersuchung

Zahnschmerzen

Zahnfleischbluten

Migräne / Kopf- & Nackenschmerzen

Kiefergelenkbeschwerden

Knirschen

Mundgeruch



Gesundheitsfragen

Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

HERZ/KREISLAUF

- hoher Blutdruck
- niedriger Blutdruck
- Angina pectoris
- Herzinfarkt
- Herzschwäche
- Herzfehler
- Herzmuskelentzündung
- Herzklappenentzündung
- künstliche Herzklappe
- Rhythmusstörungen
- Herzschrittmacher
oder _____

GEFÄßE

- Schlaganfall
- Thrombosen
- Durchblutungsstörungen
- Krampfadern
oder _____

BLUT

- Gerinnungsstörungen
 - auch bei Blutsverwandten
- Nachbluten nach Operationen
- häufiges Nasenbluten
- blaue Flecken auch ohne Verletzung bzw. nach leichter Berührung
oder _____

LEBER

- Fettleber
- Leberzirrhose
- Hepatitis A B C
- Gelbsucht
- Gallensteine
oder _____

NIEREN

- Nierensteine
- Nierenentzündungen
- Dialysepflichtig
oder _____

ATEMWEGE/LUNGE

- chronische Bronchitis
- Lungenentzündung
- Tuberkulose
- Asthma
- COPD
- Lungenemphysem
- Schlafapnoe
- Schnarchen Sie?
oder _____

AUGEN

- Grüner Star
- Grauer Star
- starke Einschränkungen der Sehkraft
- Blindheit
oder _____

SKELETTSYSTEM/KNOCHEN

- Osteoporose
- Gelenkerkrankungen
- künstliche Gelenke
- Muskelerkrankungen
- Fibromyalgie
oder _____

- Wurden Sie in der Vergangenheit oder werden Sie zurzeit mit Bisphosphonaten oder Denosumab behandelt (Infusionen, Tabletten)? Wegen welcher Erkrankungen?

Wann? Mit welchem Präparat? z.B. Alendron(säure), Bonviva®, Bondronat®, Actonel®, Fosavance®, Fosamax®, Zometa®, Zoledron(säure)®, Aredia®, Aclasta®, Pamidron(säure)®, Prolia®

STOFFWECHSEL

- Zuckerkrankheit:
 - Diabetes mellitus Typ I
 - Diabetes mellitus Typ II
- Schilddrüsenunterfunktion
- Schilddrüsenüberfunktion
oder _____



MAGEN/DARM

- Verdauungsstörungen
- Sodbrennen
- Refluxkrankheit
- Geschwür
oder _____

ALLERGIEN, Z.B.

- Heuschnupfen, Nahrungsmittel
- Antibiotika
- Schmerzmittel
- Jod
- Latex (z.B. in Gummihandschuhen)
- Metalle
oder _____
- Allergiepass vorhanden

IMMUNSCHWÄCHE

- Einnahme von Cortison
- Zustand nach Organtransplantation
- AIDS, HIV
- Bestrahlung, Chemotherapie
- Blutkrebs
oder _____

ANDERE ERKRANKUNGEN ODER BEHINDERUNGEN

- Tumorerkrankungen, z.B. Brustkrebs, Prostatakrebs oder _____

WEITERE ANGABEN

- Sind Sie schwanger?**
Welche Schwangerschaftswoche?
- Rauchen Sie?**
Wie viel durchschnittlich pro Tag?
- Haben Sie mit dem Rauchen aufgehört?
Vor wie viel Monaten/Jahren?

- Gerinnungshemmende Medikamente**
Dauerhaft oder in den letzten Tagen, z.B.
 - Aspirin®/ASS® Brilique®/Ticagrelor
 - Marcumar®/Falithrom®/Phenprocoumon
 - Plavix®/Iscover®/Clopidogrel Ticlopidinoder _____

NERVEN/GEMÜT

- Krampfanfälle (Epilepsie)
- Lähmungen
- Depressionen
- Angstzustände
oder _____

REGELMÄßIGE MEDIKAMENTE

- Blutdruckmedikamente
- Herzmedikamente
- Schmerzmittel
- Rheumamittel
- Psychopharmaka
- „Antibabypille“
- Antidiabetika
welche _____

Antibiotika in den letzten 3 Monaten

- ständige ärztliche Behandlung**
welche _____

- letzte zahnärztliche Untersuchung**
wann _____

ungewöhnliche Reaktionen auf zahnärztliche Behandlungsmaßnahmen, z.B. bei

- Spritzen
- Medikamenten
welche _____

AUFFÄLLIGKEITEN IM MUND/ZAHN-BEREICH

- temperaturempfindliche Zähne
- Zahnfleischbluten
- Stellungsveränderungen der Zähne
- Zahnsperre in der Vergangenheit
- häufig durch den Mund atmen
- Zahnverluste durch Karies
- Zahnverluste durch Zahnlockerung
oder _____
- Zahnarztbesuch wegen Zahnlockerung / Zahnfleischbeschwerden
welche Behandlung _____
- „Parodontose“-Behandlung durchgeführt
wann _____



Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Empfehlung von _____ Internetseite Google Telefonbuch
 Sonstiges Überweisung von _____

Möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnert werden?

- Ja Nein

Ich habe diesen Fragebogen mit bestem Gewissen ausgefüllt und bestätige mit meiner Unterschrift die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben. Änderungen werde ich unverzüglich mitteilen.

Wir bitten Sie, Termine die Sie nicht einhalten können, spätestens 24 Stunden vorher abzusagen, da ansonsten die durch das Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, müssen wir Sie als Privatpatient betrachten und Sie erhalten eine Rechnung.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten