

Anamnesebogen



Mareike Karin Ziebe & Kollegen

Liebe Patientin, lieber Patient!

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

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.

1. Angaben zu Ihrer Person

m w

Name, Vorname	Geb. Datum	Geb. Ort
Straße	PLZ, Ort	
Tel. privat	Mobil	
E-Mail	Telefon dienstlich	
Arbeitgeber	Beruf	

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name, Vorname	Geb. Datum	Geb. Ort
---------------	------------	----------

Wie sind Sie versichert?

gesetzlich privat zusatzversichert

Name der Krankenkasse	Welche Zusatzversicherung?
-----------------------	----------------------------

Ihr persönlicher Gesundheitscheck

Wer ist Ihr Hausarzt (Name, Adresse)?

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

Waren Sie innerhalb der letzten zwei Jahre in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, weshalb? Ja Nein

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

2. Was ist der Grund Ihres Besuches?

<input type="checkbox"/> Kontrolluntersuchung	<input type="checkbox"/> Zahnschmerzen	<input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten
<input type="checkbox"/> Migräne / Kopf- & Nackenschmerzen	<input type="checkbox"/> Kiefergelenksbeschwerden	<input type="checkbox"/> Knirschen
<input type="checkbox"/> Mundgeruch	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

3. Allgemeine Gesundheitsfragen

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____ Ja Nein

Neigen Sie zu allergischen Reaktionen? Bei Materialien? Ja Nein

Sonstige Allergien? Bei bestimmten Arzneimitteln? Ja Nein

Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens? Wenn ja, welche? Ja Nein

Leiden oder litten Sie an nachfolgenden Krankheiten?

Infektionskrankheiten? Ja Nein

Lebererkrankung? Ja Nein

Zu hoher Blutdruck? Ja Nein

Haben Sie die Spritze beim Zahnarzt immer gut vertragen? Ja Nein

Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, welcher Monat? Ja Nein

4. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Empfehlung von _____ Internetseite Google Telefonbuch

Sonstiges Überweisung von _____

Möchten Sie über außerhalb der kassenzahnärztlichen Versorgung liegende Möglichkeiten aufgeklärt und informiert werden? Ja Nein

5. Aufklärung

Bei Leitungsanästhesien im Unterkiefer kann es in seltenen Fällen zur Irritation des Nervus linguales kommen. Dies äußert sich durch ein anhaltendes Taubheitsgefühl der Lippen und Zungenstelle über Tage/Wochen. Der Zahnarzt hat keinen Einfluss darauf, es ergibt sich aus anatomischen Verhältnissen des einzelnen Patienten.

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/Erziehungsberechtigten