

Anamnesebogen

Bevor wir uns in aller Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch einige Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt.

Persönliches

Name / Vorname _____ Geschlecht m w
Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____
Geburtsdatum _____ Geburtsort _____
Tel. privat _____ Tel. mobil _____
eMail _____
Beruf _____ Arbeitgeber _____

Versicherter (z.B. bei Kindern):

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____
Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Krankenkasse (Name) _____

- gesetzlich versichert
- privat versichert Basistarif
- Zusatzversicherung
- Beihilfeberechtigt

Wer ist Ihre Hausärztin/Ihr Hausarzt?

Name _____ Ort _____

Medizinisches

- Hoher Blutdruck (Hypertonie)
- Niedriger Blutdruck (Hypotonie)
- Blutungsneigung (Hämophilie)
- Blutarmut (Anämie)
- Blutgerinnungsstörungen
- Herz-/Kreislaufprobleme
- Probleme mit der Schilddrüse
- Magen-Darm-Erkrankung
- Nierenfunktionsstörung
- Probleme mit der Leber
- Diabetes Typ-1 Typ-2 HbA1c-Wert
- Asthma
- Tinnitus
- Epilepsie
- Osteoporose
- Grüner Star (Glaukom)
- Tuberkulose
- HIV (Aids)
- Leberentzündung (Hepatitis) Typ _____
- Sonstige Infektionen oder Erkrankungen _____

Kardiologisches

- Herzschrittmacher
- Herzklappenerkrankung oder -defekt
- Herzerkrankung, Art _____
- Angina Pectoris
- Herzinfarkt
- Herz-OP
- Ist eine Endokarditisprophylaxe notwendig?

bitte wenden

Medikamente

- Blutgerinnungshemmende Mittel (z.B. Marcumar, ASS), Art _____
 - Regelmäßige Einnahme von folgenden Medikamenten _____
-

Allergien/Unverträglichkeiten

- Lokalanästhetika, Art _____
- Schmerzmittel, Art _____
- Antibiotika _____
- Andere _____

Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?

Wegen _____

Diverses

- Rauchen, Zigaretten/Tag _____
- Regelmäßiger und starker Alkoholkonsum _____
- Drogenkonsum, Art _____

Für unsere Patientinnen

- Schwangerschaft, _____ SSW

Zahn-Mund-Situation

Letzter Zahnarztbesuch _____

Waren die Zahnarztbesuche bisher regelmäßig? ja nein

Wann wurde das letzte Mal geröntgt? _____

- Zahnfleischbluten
- Schmerzen am Kopf oder Nacken
- Geräusche im Kiefergelenk
- Knirschen oder Pressen
- Mundgeruch
- Traumatisches Ereignis im Kopfbereich, Art _____
- Operationen im Mund-, Kiefer- oder Gesichtsbereich, Art _____

In eigener Sache

Wie oder durch wen wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? _____

Hinweise zur Organisation/Sonstiges

Ausfallhonorar: Sollten Sie den Termin nicht einhalten können, so sagen Sie diesen bitte mindestens zwei Tage vorher ab, andernfalls behalten wir uns vor eine Ausfallgebühr in Höhe der veranschlagten Behandlungszeit in Rechnung zu stellen.

Kassenpatient*innen: Wir benötigen bei jedem Besuch in der Praxis Ihre Krankenversicherungskarte, ansonsten kann nicht mit der Behandlung begonnen werden.

Verkehrstüchtigkeit: Bitte bedenken Sie, dass nach deutschem Recht eine Stunde nach Verabreichung einer Injektion nicht mit dem Auto, Motorrad etc. gefahren werden darf. Danach sind Sie noch 24 Stunden eingeschränkt verkehrstauglich. Auf Wunsch rufen wir Ihnen gerne ein Taxi.

Medikamentenliste & Allergiepass: Bitte legen Sie uns immer eine aktuelle Liste vor, sofern vorhanden.

Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind in der Praxis einsehbar.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen auf der Vorder- und Rückseite gelesen und verstanden habe.

Ich verpflichte mich, die Praxis umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen eigenständig zu informieren.

Freiburg, den _____

Unterschrift Patient*in (bei Minderjährigen Erziehungsberechtigte*r)