

Anamnesebogen für Neupatienten

Vorname, Name _____ Geb.Datum _____
Straße, Hausnummer, Wohnort _____
Versichert über _____ Geb. Datum _____
Telefon Privat _____ Mobil _____
Telefon Beruflich _____ e-mail _____
Beruf _____ Arbeitgeber _____
Hausarzt _____

Name der Versicherung / Krankenkasse _____
 Ich bin im PKV Standardtarif versichert Ich bin Beihilfeberechtigt

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? _____
Was erwarten Sie von unserer Praxis? _____
Weshalb kommen Sie zu uns? _____

Wir erinnern unsere Patienten regelmäßig an den nächsten Kontroll-bzw. Prophylaxetermin.
 Ja, ich möchte erinnert werden. Nein, ich möchte nicht erinnert werden.

Wichtige Informationen

Alle Informationen unterliegen der Ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.

Ich verpflichte mich sie umgehend über alle Änderungen meiner Daten und meines Gesundheitszustandes betreffend während des Behandlungszeitraumes zu informieren.

Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten **Informationen** gelesen und verstanden habe.

Datum _____ Unterschrift _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um die für Ihre zahnärztliche Behandlung geeigneten Medikamente und Behandlungsverfahren bestmöglich auswählen zu können, bitten wir Sie um Beantwortung der folgenden Fragen zur allgemeinen Vorgeschichte (Anamnese). Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bei Unklarheiten können Sie uns gerne fragen. Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Krankheiten?

Gefäße

- Schlaganfall
 Thrombosen
 Durchblutungsstörungen
 Krampfadern

oder _____

Augen

- Grüner Star
 Grauer Star
 starke Einschränkung der Sehkraft
 Blindheit

oder _____

Bitte wenden



Herz / Kreislauf

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

oder _____

Blut

- Gerinnungsstörungen
 - auch bei Blutsverwandten
- Nachbluten nach Operationen
- häufiges Nasenbluten
- blaue Flecken auch ohne Verletzungen
Bzw. nach leichter Berührung

oder _____

Leber

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

oder _____

Nieren

- Nierensteine
- Nierenentzündung
- Dialysepflicht

oder _____

Magen / Darm

- Verdauungsstörungen
- Sodbrennen
- Refluxkrankheit
- Geschwür

oder _____

Atemwege / Lunge

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

oder _____

Skelettsystem / Knochen

- Osteoporose
- Gelenkerkrankungen
- künstliche Gelenke
- Muskelerkrankungen
- Fibromyalgie

oder _____

Stoffwechselerkrankungen

- Zuckerkrankheit
 - Diabetes mellitus Typ I
 - Diabetes mellitus Typ II
- Schilddrüsenunterfunktion
- Schilddrüsenüberfunktion

oder _____

Nerven / Gemüt

- Krampfanfälle (Epilepsie)
- Lähmungen
- Depressionen
- Angstzustände

oder _____

Regelmäßige Medikamente

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

welche _____

- Wurden Sie in der Vergangenheit oder werden Sie zurzeit mit **Bisphosphonaten** behandelt?
Wegen welcher Erkrankung?

Wann? Mit welchem Präparat?

Allergien z.B.

- Heuschnupfen/Nahrungsmittel
 Antibiotika
 Schmerzmittel
 Jod
 Latex
 Metalle

oder _____

Immunschwäche

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

oder _____

- Sind Sie schwanger?**
Welche Schwangerschaftswoche?

Andere Erkrankungen oder Behinderungen

- Tumorerkrankungen, z.B. Brustkrebs

Oder _____

- Gerinnungshemmende Medikamente**
Dauerhaft oder in den letzten Tagen

- Aspirin / ASS
 Marcumar / Phenprocoumon
 Plavix / Iscover / Clopidogrel
 Ticlopidin

oder _____

- Rauchen Sie?**
Wie viel durchschnittlich pro Tag?

- Trinken Sie gelegentlich Alkohol?**
Regelmäßig? Wie viel?

- Antibiotika in den letzten 3 Monaten?

- ständige ärztliche Behandlung
weshalb _____

- letzte zahnärztliche Behandlung
wann _____

- ungewöhnliche Reaktionen auf
Zahnärztliche Behandlungen z.B. bei
 Spritzen
 Medikamente

welche _____

Auffälligkeiten im Mund / Zahn-Bereich

- temperaturempfindliche Zähne
 Zahnfleischbluten
 Stellungsveränderung der Zähne
 Zahnspange in der Vergangenheit
 häufig durch den Mund atmen
 Zahnverluste durch Karies
 Zahnverlust durch Zahnlockerungen

oder _____

- Zahnarztbesuch wegen Zahnlockerung / Zahnfleischbeschwerden
welche Behandlung _____

- „Parodontose“-Behandlung durchgeführt
wann _____