

Liebe Patientin, lieber Patient!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Danke für Ihre Mithilfe!

Ihr Praxisteam Dr. Walter Hünig und Steffen Hünig

Persönliches

Name | Vorname _____ Geburtsdatum _____
Straße | Nr. _____ PLZ | Ort _____
Tel. privat _____ Tel. mobil _____
E-Mail _____ Beruf _____
Arbeitgeber, -Ort _____ Tel. geschäftlich _____
Krankenkasse | private Krankenversicherung _____
gesetzlich versichert ja nein privat versichert ja nein Basistarif ja nein
Zusatzversicherung ja nein beihilfeberechtigt ja nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

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

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name _____
Tel. _____

Hinweise zur Organisation

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte sagen Sie Ihren Termin mindestens 24 Stunden vorher ab.

Hinweise zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen 24 Stunden beeinträchtigt sein kann. Dies kann sowohl durch die Behandlung selbst als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderer Medikamente hervorgerufen werden. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gerne ein Taxi, das Sie sicher nach Hause bringt.

In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

von Bekannten empfohlen Telefon- | Branchenbuch Praxisschild
 Internet, über die Seite _____ Überweisung von _____
 Sonstiges _____

- bitte wenden -

ANAMNESEBOGEN

Warum suchen Sie uns auf? Wünsche Sie eine/n...

- Routinekontrolle neuen Zahnersatz
 Beratung „zweite Meinung“
 Schmerzbehandlung andere Gründe:

Haben Sie akute Schmerzen ja nein

Wenn ja, wie äußern sich diese?

- Dauerschmerzen
 Zähne reagieren auf süß / sauer
 Manche Zähne sind temperaturempfindlich
 Zähne schmerzen bei Belastung oder Kauen
 Zähne schmerzen auch ohne Belastung
 Schmerzen oder Entzündung am Zahnfleisch
 Kieferschmerzen / Kiefergelenkschmerzen

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der / des ...

- Herzens oder Kreislaufs ja nein
 Leber ja nein
 Nieren ja nein
 Schilddrüse ja nein
 Magen-Darm-Traktes ja nein
 Gelenke (Rheuma) ja nein
 Wirbelsäule ja nein

Haben oder hatten Sie ...

- hohen Blutdruck ja nein
 niedrigen Blutdruck ja nein
 Diabetes ja nein
 Zahnfleischbluten ja nein
 Epilepsie ja nein
 Grünen Star ja nein
 Tuberkulose ja nein
 HIV (Aids) ja nein
 Hepatitis ja nein
 Wenn ja, welcher Typ A B C
 Allergien ja nein
 Wenn ja, wogegen? _____

Sonstige Infektionen | Erkrankungen:

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie ...

- eine Herzklappenentzündung Angina Pectoris
 einen Herzschrittmacher einen Herzinfarkt

Medikamente: Nehmen Sie ...

- Herzmedikamente Cortison (Kortikoide)
 Schmerzmittel Antidepressiva
 blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar®, ASS?
 andere Medikamente
- _____
- _____

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen
Medikamente oder Spritzen aufgetreten? ja nein
Wenn ja, gegen welche? _____

Für unsere Patientinnen

Sind Sie schwanger? ja nein
Wenn ja, welche Woche | Monat? _____

Zum Schluss

Legen Sie Wert auf schöne Zähne
und ein gesundes Zahnfleisch ja nein
Hatten Sie bereits eine
Zahnfleischbehandlung? ja nein
Machen Ihre Kiefergelenke Geräusche? ja nein
Schnarchen Sie? ja nein
Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden? ja nein
Rauchen Sie? ja nein

Wann waren Sie das letzte Mal beim Zahnarzt?
Monat _____ Jahr _____
Wann hatten Sie die letzte Röntgenuntersuchung im Mund-
und Kieferbereich? _____

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Praxis der ärztlichen
Schweigepflicht gem. § 203 StGB sowie den strengen
Bestimmungen des Datenschutzes unterliegt. Über
Veränderungen meines Gesundheitszustandes wende ich
die Praxis informieren. Ich verpflichte mich, vereinbarte
Termine einzuhalten bzw. mindestens 24 Stunden vorher
abzusagen.

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen
und Gewissen gemacht zu haben.

Ort, Datum

Unterschrift