

Anamnese- & Patientenerhebungsbogen



clemens
schymocha
zahnarzt
zahntechniker

Um eine optimale Behandlung zu gewährleisten, bitten wir Sie, dieses Formular auszufüllen. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt. Sie werden Ihren persönlichen Unterlagen beigelegt und elektronisch gespeichert.

Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, sprechen Sie uns an - wir helfen Ihnen gerne weiter.

Patient:

Name	Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
------	---------	--------------	------------

Mitglied/ Versicherter: (falls abweichend, z.B. bei Familienversicherung)

Name	Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
------	---------	--------------	------------

- gesetzlich versichert privatversichert
 zusatzversichert beihilfeberechtigt

Krankenkasse/ Krankenversicherung

Anschrift:

PLZ, Ort	Straße, Hausnummer
----------	--------------------

Telefon-Nr. Privat	Telefon-Nr. Arbeit	Mobil-Nr.	E-Mail-Adresse
--------------------	--------------------	-----------	----------------

Arbeitgeber*:

Firma	Beruf
-------	-------

**freiwillige Angaben*

Ihr Hausarzt:

Name	Anschrift (falls bekannt)
------	---------------------------

Wegen welcher Krankheiten werden oder wurden Sie behandelt? Bitte ausfüllen oder ankreuzen ja nein

Zahnärztliche Anamnese	Zahnfleischbluten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mundgeruch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kopf- und/ oder Nackenschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kiefergelenksbeschwerden/ -knacken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen	Herzschwäche (Insuffizienz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Herzasthma, Angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreislaufferkrankungen	Zu hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zu niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Herzinfarkt, wann (Jahr)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Einnahme von gerinnungshemmenden Medikamenten wenn ja <input type="checkbox"/> ASS, <input type="checkbox"/> Marcumar, <input type="checkbox"/> Xarelto, <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stoffwechselerkrankungen	Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte die nächste Seite nicht vergessen!

		ja	nein
Erkrankungen des Nervensystems	Epileptiforme Anfälle/ Krämpfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluterkrankungen	Blutungsneigung(Hämophilie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Blutarmut (Anämie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien	Ekzeme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Penicillin-Überempfindlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Besitzen Sie einen Allergiepass	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Überempfindlichkeit gegen:		
Infektionskrankheiten	Leberentzündung/ Gelbsucht (Hepatitis A oder B)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Chronische Erkrankungen der Atemwege – Husten etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	AIDS, HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	MRSA (Multiresistenter Krankenhauskeim)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Immunsystem	Leiden Sie unter Erkrankungen des Immunsystems?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Erkrankungen	Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Atemwegserkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Rheumaerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamente	Nehmen Sie Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, welche Medikamente:		
	Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren Bisphosphonate ein? (Präparate: Actonel, Fosamax, Zometa, Ibandronat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weitere Angaben	Sind oder waren Sie drogenabhängig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sind Sie frisch operiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wann wurden Sie zum letzten Mal geröntgt (Jahr)?		
	Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Benutzen Sie Zahnseide oder Interdentalbürsten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Was ist der Grund Ihres Zahnarztbesuches		

Ja, ich möchte halbjährlich an meinen Vorsorgetermin erinnert werden (Recall).

Die Erinnerung soll per Post oder per E-Mail erfolgen?

Teilen Sie uns bitte mit, wenn sich Ihr Gesundheitszustand geändert hat.

Medikamente und lokale Anästhesien (Betäubung) können Ihr Reaktionsvermögen nachteilig beeinträchtigen! Denken Sie daran, wenn Sie nach einer Behandlung am Straßenverkehr teilnehmen möchten.

Auf die Datenschutzmaßnahmen in unserer Praxis wurde ich aufmerksam gemacht. Ich habe die Information gelesen und verstanden. Mit meiner Unterschrift willige ich den Datenschutzmaßnahmen der Praxis ein.

Datum, Unterschrift

Vielen Dank für Ihre Angaben und Ihre Mitarbeit!