

ANAMNESEBOGEN



Zahnarztpraxis Wernicke
Katharina Wernicke

Liebe Patientin, lieber Patient!

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

Persönliches

Name/ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße / Nr.: _____ PLZ / Ort: _____

Telefon (Privat): _____ Beruf: _____

E-Mail Adresse: _____

Krankenkasse: _____

gesetzlich versichert: ja nein privat versichert: ja nein Basistarif: ja nein

Zusatzversicherung: ja nein beihilfeberechtigt: ja nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name/ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße / Nr.: _____ PLZ / Ort: _____

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name: _____ Ort: _____

Telefon: _____

Hinweise zur Organisation

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte sagen sie ihn mindestens 24 Stunden vorher ab. Danke.

Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit

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

In eigener Sache

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? von Bekannten empfohlen Telefon- / Branchenbuch

Überweisung von: _____ Internet, über die Seite: _____ Sonstiges: _____

ANAMNESEBOGEN



Zahnarztpraxis Wernicke
Katharina Wernicke

Warum suchen Sie uns auf? Wünschen Sie eine/n:

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

Haben Sie akute Schmerzen? Ja Nein

Wenn ja, wie äußern sich diese?

- Dauerschmerz
- Zähne reagieren auf süß / sauer
- Manche Zähne sind temperaturempfindlich
- Zähne schmerzen bei Belastung oder Kauen
- Zähne schmerzen auch ohne Belastung
- Schmerzen oder Entzündungen am Zahnfleisch
- Kieferschmerzen / Kiefergelenksschmerzen

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 Ja Nein
- Wirbelsäule Ja Nein

Haben oder hatten Sie ...

- hohen Blutdruck Ja Nein
- niedrigen Blutdruck Ja Nein
- Diabetes Ja Nein
- Zahnfleischbluten Ja Nein
- Ohrensausen / Tinnitus Ja Nein
- Epilepsie Ja Nein
- Grüner Star Ja Nein
- eine Schilddrüsenerkrankung Ja Nein
- Rheuma 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?

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie eine/n ...

- Herzklappenentzündung
- Herzschrittmacher
- Angina Pectoris
- Herzinfarkt

Welche Medikamente nehmen Sie?

- Herzmedikamente
- blutverdünnende Medikamente z.B. Marcumar, ASS
- Schmerzmittel
- Cortison (Kortikoide)
- Antidepressiva
- sonstige 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, in welcher Woche? _____

Zum Schluss

- Knirschen Sie mit den Zähnen? Ja Nein
- Fühlen Sie sich psychisch stark belastet? Ja Nein
- Rauchen Sie? Ja Nein

Beträge bis 150€ müssen bar oder mit EC-Karte bezahlt werden.

Recall-Service:

Damit Sie in Zukunft rechtzeitig an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnert werden, bieten wir einen kostenlosen Recall-Service an.

- Ja, Ich möchte am Erinnerungs-Service - dem Recall - teilnehmen.

Fragen / Anmerkungen: _____

Sonstige Infektionen / Erkrankungen: _____

Datum, Unterschrift: _____

www.zahnarztpraxis-wernicke.de