

Anamnesebogen

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. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliches

Name / Vorname _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Tel. Festnetz _____ Tel. mobil _____

E-Mail _____ Beruf _____

Krankenkasse / private Krankenversicherung _____

gesetzlich versichert ja nein Zusatzversicherung ja nein

privat versichert ja nein beihilfeberechtigt ja nein Basistarif ja nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name _____ Ort _____

Tel. _____

Hinweise zur Organisation

Wir sind eine Bestellpraxis – das heißt, dass wir die Zeit für Ihren Termin extra für Sie reservieren. Daher bitten wir Sie, Termine, die Sie nicht einhalten können, spätestens 24 Stunden vorher abzusagen, da Ihnen ansonsten die durch Ihr Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

Hinweise zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen

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 gern ein Taxi, das Sie sicher nach Hause bringt. Bei Leitungsanästhesien im Unterkiefer kann es in seltenen Fällen zur Irritation der Unterkiefernervenstränge kommen. Dies äußert sich durch ein anhaltendes Taubheitsgefühl der Lippen und Zungenstellen über Tage/Wochen. Der Zahnarzt hat keinen Einfluss darauf, es ergibt sich aus anatomischen Verhältnissen des einzelnen Patienten.

In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

von Bekannten empfohlen Telefon- / Branchenbuch Zeitungsanzeige

Überweisung von _____

Internet, über die Seite _____ Sonstiges _____

Möchten Sie unseren Praxisnewsletter per E-Mail erhalten? ja nein

Möchten Sie von uns an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnert werden? nein ja, per SMS E-Mail telefonisch

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

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

Haben Sie akute Schmerzen? ja nein

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

- 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
 Ohrensausen / Tinnitus ja nein
 Osteoporose 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? _____
 eine Gelenkprothese ja nein
 (z.B. künstliches Knie- oder Hüftgelenk)
 Wenn ja, wo genau? _____

Sonstige Infektionen / Erkrankungen:

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie...

- Stents Bypass
 Herzschrittmacher Herzinfarkt
 Herzklappenentzündung künstliche Herzklappe
 Angina Pectoris _____

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, in welcher Woche? _____

Zum Schluss

Knirschen Sie mit den Zähnen? ja nein

Rauchen Sie? ja nein

Fragen / Anmerkungen:

Mit meiner Unterschrift willige ich in die Behandlung und die Benutzung meiner Patientendaten durch die behandelnden Zahnärzte der Zahnarztpraxis Schäf ein.

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für die nächsten Kontrolltermine durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Ich habe diesen Fragebogen nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt und bestätige mit meiner Unterschrift die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben. Änderungen werde ich unverzüglich mitteilen.

Datum

Unterschrift