

Anamnesebogen



Liebe Patientin, lieber Patient,

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus; er wird anschließend Ihrer Karteikarte beigelegt. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht (§203 StGB) und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Falls sich zwischenzeitlich Änderungen ergeben, teilen Sie uns diese bitte mit. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne weiter.

Patient

Name
Vorname
Geburtstag
Straße, Nr.
PLZ, Ort
Telefon
E-Mail

*bitte tragen Sie hier Ihre E-Mail-Adresse ein, wenn Sie die Erinnerung an Ihren halbjährlichen Kontrolltermin wünschen

Name der Krankenkasse / Versicherung

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name und Telefon

Wann war ihre letzte zahnärztliche Behandlung?

Circa Zeitraum

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Empfehlung von Herr / Frau

Internet

Sonstiges

--

--

--

Möchten Sie, dass wir Sie halbjährlich an Ihren Kontrolltermin / Prophylaxe erinnern?

Nein

Ja:

Per Telefon

Per E-Mail

Per Post

Hauptgrund Ihres Kommens?

Behandlungswunsch

Wünschen sie eine besondere Beratung über...

Implantate

Zahnersatz

ICON ~ Bohren Nein Danke

Austausch von Amalgamfüllungen

Hochwertige Kunststofffüllungen

Zahnfarbene, metallfreie Restaurationen wie z.B. Inlays, Veneers Teilkronen, Kronen und Brücken

Mundhygiene, professionelle Zahnreinigung, SOLO-Prophylaxe

Bleaching

Zahnfleischbehandlung (Parodontosebehandlung)

Schonenede Behandlung mit Laser (z.B. Herpes, Lippenbändchen)

Photolase

Schienen (Knirscher-, Schnarcher-, Fluoridierungsschiene) CMD, chronische Schmerzen

Bitte Rückseite beachten!

Haben Sie Allgemeinbeschwerden?

ja nein

Welche?

Stehen Sie derzeit in ärztlicher Behandlung?

ja nein

Weshalb?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

ja nein

Welche?

Haben Sie Allergien?

ja nein

Welche?

Haben Sie einen Allergiepass

ja nein

Welche?

Haben Sie Asthma?

ja nein

Welche?

Herzerkrankungen?

- Herzschwäche** (*Insuffizienz*)?
- Unregelmäßige Herzschläge** (*Arrhythmien*)?
- Herzasthma**, (*Angina Pectoris*)
- Herzschrittmacher, Herzklappenersatz, Herzfehler**
- Herzinfarkt?** Wann:
- Haben Sie einen **Herzpass**?
- Nein**

Kreislaufferkrankungen?

- Haben Sie **hohen Blutdruck**?
- Haben Sie **niedrigen Blutdruck**?
- Zustand nach Herzinfarkt?
- Blutgerinnungshemmende Medikamente**
- Nein**

Stoffwechselerkrankungen?

- Zuckerkrankheit** (*Diabetes*)?
- Magen-Darmerkrankung?**
- Schilddrüsenerkrankung?**
- Nein**

Wurden Sie innerhalb der letzten 5 Jahre wegen einer schweren Krankheit behandelt?

Leiden Sie an einer sonstigen Krankheit?

ja nein

Welche?

Bluterkrankungen?

- Neigen Sie zu **starker Blutung**?
- Haben Sie **Blutarmut**?
- Nein**

Vegetative Erkrankungen?

- Ohnmachtsanfälle?**
- Leiden Sie an **epileptischen Anfällen/Krämpfe**?
- Nein**

Infektionskrankheiten?

- Leiden Sie an **Tuberkulose**?
- Chronische Erkrankungen der Atemwege?**
- Haben Sie AIDS / HIV ?**
- Haben Sie eine **Leberentzündung? / Gelbsucht (Hepatitis A,B,C)?**

Leiden Sie an einer Krebserkrankung?

ja nein

Wurden Sie im letzten Jahr geröntgt?

ja nein

Welches Körperteil? Circa Datum?

Besitzen Sie ein Röntgennachweisheft?

ja nein

Welche?

Wurden Sie im letzten Jahr operiert?

ja nein

Welches Körperteil? Circa Datum?

Haben Sie Abhängigkeiten (z.B. Nikotin oder Alkohol)? Nehmen Sie Drogen?

ja nein

Welche?

Bei Frauen:

Besteht bei eine Schwangerschaft?

ja nein

Welche Woche, bzw. Monat?

Bei Kindern/Jugendl.:

Nimmst Du Fluoridtabletten?

ja nein

Warst Du schon einmal beim Zahnarzt?

ja nein

Hast Du zur Zeit eine KFO-Behandlung?

ja nein

Welche?

Wichtige Informationen

- Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.
- Im Rahmen der Krankenversicherung wird nur eine zweckmäßige, wirtschaftliche und ausreichende Behandlung gewährleistet.
- Die Prophylaxebehandlung und professionelle Zahnreinigung *muss* nach der neuen Gebührenordnung für Zahnärzte privat in Rechnung gestellt werden.
- In diesem Zusammenhang möchten wir darauf hinweisen, dass verschiedene Materialien, wie z.B. der Periochip, Collagenkegel u.ä. und besondere Behandlungsmethoden, wie z.B. Photolase, ICON u.ä. privat abgerechnet werden müssen. Das Gleiche gilt auch für besondere Füllungsmaßnahmen.
- Über die o.g. eventuell nötigen Privatvereinbarungen informieren wir Sie jedoch vor Behandlungsbeginn noch einmal anhand von schriftlichen Unterlagen.
- Alle privaten Rechnungen können Sie gerne bei Ihrer Zusatzversicherung (falls vorhanden) einreichen.
- Wir bitten Sie darum, rechtzeitig abzusagen, ansonsten müssen wir Ihnen ggf. den Ausfall in Rechnung stellen (§615BGB).
- Falls die Versichertenkarte vergessen wurde, bitten wir Sie, diese innerhalb 10 Tage nachzureichen.

Datum, Unterschrift Patient/in und Zahlungspflichtige(r) /Erziehungsberechtigte(r)