



Zahnarztpraxis Datteln
DR. MED. DENT. FINKENDEI

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. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliches

Name / Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße / Nr.: _____ PLZ / Ort: _____

Tel. privat: _____ Tel. mobil: _____

E-Mail: _____ Beruf: _____

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: _____ Ort: _____

Tel.: _____

Hinweise zur Organisation

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte sagen Sie ihn 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 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.

In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

von Bekannten empfohlen Telefon- / Branchenbuch Zeitungsanzeige

Überweisung von _____ Sonstiges

Internet, über die Seite _____

Falls wir empfohlen wurden, haben Sie sich im Vorfeld unseren Internetauftritt angeschaut? ja nein

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

Datum

Unterschrift



Zahnarztpraxis Datteln

DR. MED. DENT. FINKENDEI

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Routinekontrolle | <input type="checkbox"/> neuen Zahnersatz |
| <input type="checkbox"/> Beratung | <input type="checkbox"/> „zweite Meinung“ |
| <input type="checkbox"/> Schmerzbehandlung | <input type="checkbox"/> andere Gründe: |

Sonstige Infektionen / Erkrankungen:

Haben Sie akute Schmerzen?

- ja nein

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie ...

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> eine Herzklappenentzündung | <input type="checkbox"/> Angina Pectoris |
| <input type="checkbox"/> einen Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> einen Herzinfarkt |

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 / Kiefergelenkschmerzen

Medikamente: Nehmen Sie ...

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

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

- | | |
|-------------------------|---|
| Herzens oder Kreislaufs | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Leber | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Nieren | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Schilddrüse | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Magen-Darm-Traktes | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Gelenke (Rheuma) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Wirbelsäule | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen
Medikamente oder Spritzen aufgetreten?

- ja nein

Wenn ja, gegen welche? _____

Haben oder hatten Sie ...

- | | |
|-----------------------------|--|
| hohen Blutdruck | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| niedrigen Blutdruck | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Zahnfleischbluten | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Ohrensausen / Tinnitus | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Epilepsie | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Grünen Star | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| eine Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Rheuma | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Tuberkulose | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| HIV (Aids) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Hepatitis | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, welcher Typ? | <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C |
| Allergien | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, wogegen? | |

Für unsere Patientinnen

Sind Sie schwanger? ja nein

Wenn ja, in welcher Woche?

Zum Schluss

- | | |
|---|---|
| Knirschen Sie mit den Zähnen? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Fühlen Sie sich psychisch stark belastet? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Rauchen Sie? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Fragen / Anmerkungen

Datum

Unterschrift