

ANAMNESEBOGEN



DR. MARTINA BUCHHEISTER M.Sc. M.Sc.
PRAXIS FÜR ÄSTHETISCHE ZAHNHEILKUNDE

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. Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Ihr Praxisteam Dr. Martina Buchheister M. Sc. M. Sc.

Persönliches

Name / Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
Straße / Nr.: _____ PLZ / Ort: _____
Tel. privat: _____ Tel. mobil: _____
E-Mail: _____ Tel. geschäftl.: _____
Arbeitgeber, -Ort: _____ Geburtsort: _____
Beruf: _____
Krankenkasse / private Krankenversicherung:
gesetzlich versichert Ja Nein privat versichert Ja Nein
Beihilfeberechtigt Ja Nein Zusatzversicherung 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 Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen

Behandlungen

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr Stunden beeinträchtigt sein kann. Dies kann sowohl durch die anderen Medikamenten hervorgerufen werden. Auf Wunsch rufen

hr nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen bis zu 24 Stunden selbst, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder 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 / Familienmitglied empfohlen (Name: _____)
 Internet, über die Seite _____ Telefon- / Branchenbuch Zeitungsanzeige
 Praxisschild Sonstiges Überweisung von _____

Falls wir empfohlen wurden, haben Sie sich im Vorfeld unseren

Internetauftritt angeschaut? Ja Nein

Bitte wenden!

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

- Routinekontrolle
- Beratung
- Schmerzbehandlung
- neuen Zahnersatz
- „zweite Meinung“
- 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 (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
- 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?

Sonstige Infektionen / Erkrankungen:

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie ...

- eine Herzklappenentzündung
- einen Herzschrittmacher
- Angina Pectoris
- einen Herzinfarkt

Medikamente: nehmen Sie ...

- Herzmedikamente
- Schmerzmittel
- 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, welche Woche / Monat? _____

Zum Schluss

Legen Sie Wert auf schöne Zähne & gesundes Zahnfleisch?

- Ja Nein

Hatten Sie bereits eine Zahnfleischbehandlung?

- Ja Nein

Machen Ihre Kiefergelenke Geräusche? Ja Nein

Schnarchen Sie oder knirschen Sie mit den Zähnen?

- Ja Nein

Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden? Ja Nein

Rauchen Sie? Ja Nein

Wann waren Sie das letzte Mal beim Zahnarzt?

Monat: _____ Jahr: _____

Wann hatten Sie die letzte Röntgenuntersuchung im Mund- &

Kieferbereich? _____

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Praxis der ärztlichen Schweigepflicht gem. § 203 StGB sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes unterliegt. Über Veränderungen meines Gesundheitszustandes werde ich die Praxis informieren.

Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass sie bei Nichteinhaltung ihres Termins eine Ausfallpauschale gelten gemacht werden muss. Termine die 45 Minuten lang sind müssen 48 Stunden vorher abgesagt werden. Termine ab 60 Minuten müssen 10 Tage vorher abgesagt werden.

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Ort, Datum Unterschrift Patient/ -in / Erziehungsberechtigter

