



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

FOLGEANAMNESEBOGEN

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: _____

Beruf: _____

Arbeitgeber, -Ort: _____

Tel. geschäftl.: _____

Geburtsort: _____

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 Behandlung selbst, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder wir Ihnen daher gern ein Taxi, das Sie sicher nach Hause bringt.

Bitte wenden!

Haben Sie akute Schmerzen?

O Ja

O Nein

Wenn ja, wie äußern sich diese?

O Dauerschmerz

O Zähne reagieren auf süß / sauer

O Manche Zähne sind temperaturempfindlich

O Zähne schmerzen bei Belastung oder Kauen

O Zähne schmerzen auch ohne Belastung

O Schmerzen oder Entzündungen am Zahnfleisch

O Kieferschmerzen / Kiefergelenksschmerzen

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

Herzens oder Kreislaufs	O Ja	O Nein
Leber	O Ja	O Nein
Nieren	O Ja	O Nein
Schilddrüse	O Ja	O Nein
Magen-Darm-Traktes	O Ja	O Nein
Gelenke (Rheuma)	O Ja	O Nein
Wirbelsäule	O Ja	O Nein

Haben oder hatten Sie ...

hohen Blutdruck	O Ja	O Nein	
niedrigen Blutdruck	O Ja	O Nein	
Diabetes	O Ja	O Nein	
Zahnfleischbluten	O Ja	O Nein	
Ohrensausen / Tinnitus	O Ja	O Nein	
Epilepsie	O Ja	O Nein	
Grünen Star	O Ja	O Nein	
Tuberkulose	O Ja	O Nein	
HIV (AIDS)	O Ja	O Nein	
Hepatitis	O Ja	O Nein	
wenn ja, welcher Typ	O A	O B	O C
Allergien	O Ja	O Nein	
wenn ja, wogegen?			

Sonstige Infektionen / Erkrankungen:

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie ...

O eine Herzklappenentzündung	O Angina Pectoris
O einen Herzschrittmacher	O einen Herzinfarkt

Medikamente: nehmen Sie ...

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

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten?

O Ja

O Nein

Wenn ja, gegen welche?

Für unsere Patientinnen

Sind Sie schwanger?

O Ja

O Nein

Wenn ja, welche Woche / Monat?

Zum Schluss

Legen Sie Wert auf schöne Zähne & gesundes Zahnfleisch?

O Ja

O Nein

Hatten Sie bereits eine Zahnfleischbehandlung?

O Ja

O Nein

Machen Ihre Kiefergelenke Geräusche?

O Ja

O Nein

Schnarchen Sie oder knirschen Sie mit den Zähnen?

O Ja

O Nein

Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?

O Ja

O Nein

Rauchen Sie?

O Ja

O Nein

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 / Erziehungsberechtigter