

ANAMNESEBOGEN

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS!

Liebe Patientin, lieber Patient!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche und Probleme unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine angemessene und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und können auf Wunsch auch dem behandelnden Arzt persönlich mitgeteilt werden.

Ihr Praxisteam Dr. Hüren & Kollegen

Persönliches

Name / Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
Straße / Nr.	PLZ	Ort
Telefon privat	Telefon tagsüber	
Telefon Mobil	E-Mail	
Beruf	Arbeitgeber	
Krankenkasse		

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> gesetzlich versichert | <input type="checkbox"/> privat versichert | <input type="checkbox"/> privater Basistarif |
| <input type="checkbox"/> Zusatzversicherung | <input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt | |

Wenn Sie nicht selbst krankenversichert sind, wer ist der Versicherte?

Name / Vorname	Geburtsdatum
Straße / Nr.	PLZ
	Ort

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name	Ort
Telefonnummer	

Hinweis zur Organisation

Wir werden, falls erforderlich, gleich mehrere Termine für Sie reservieren. Dies erspart Ihnen lange Wartezeiten und wir haben am vereinbarten Termin ausreichend Zeit für Sie, denn Qualitätsarbeit ist nur ohne Zeitdruck möglich. Bei einer Terminverhinderung ist dies spätestens 24 Stunden vorher mitzuteilen. Bei nicht eingehaltenen Terminen behalten wir uns die Möglichkeit vor, die ausgefallene Zeit nach GOZ zu berechnen.

In eigener Sache

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- ☐ Google/Internet ☐ Jameda ☐ Zeitungsanzeige ☐ Telefonbuch

Empfehlung durch _____ Überweisung von _____

Möchten Sie von uns zwei Tage vor Ihrem geplanten Termin erinnert werden? ☐ Ja ☐ Nein

- ☐ per E-Mail ☐ per SMS

Möchten Sie von uns an die halbjährliche Vorsorgeuntersuchung bzw. Prophylaxe erinnert werden? ☐ Ja ☐ Nein

Möchten Sie unseren Praxis-Newsletter per E-Mail erhalten? ☐ Ja ☐ Nein

Wünschen Sie weitere Informationen über ...

- ☐ professionelle Zahnreinigung ☐ ästhetische Zahnkorrekturen ☐ Zahnaufhellung ☐ Amalgamaustausch
☐ Lachgas-Sedierung mit beruhigender und schmerzstillender Wirkung

- bitte wenden -

Was führt Sie zu uns?

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

Haben Sie akute Schmerzen?☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wie äußern sich diese?

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Dauerschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Zähne reagieren auf süß / sauer |
| <input type="checkbox"/> Manche Zähne sind temperaturempfindlich |
| <input type="checkbox"/> Zähne schmerzen bei Belastung oder Kauen |
| <input type="checkbox"/> Zähne schmerzen ohne Belastung |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen oder Entzündung am Zahnfleisch |
| <input type="checkbox"/> Kieferschmerzen / Kiefergelenkschmerzen |

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

- | | | |
|------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Herzens oder Kreislauf | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Leber | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Niere | <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 |
| Nervenapparats | <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 |

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 |
| Anfalls-/Krampfleiden (z.B. Epilepsie) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| einen Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| eine Alkohol- o. Drogenabhängigkeit | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Blutungsneigung (Hämophilie) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Blutarmut (Anämie) | <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? | | |
-

Sonstige Infektionen / Erkrankungen:

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung ?

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 |

Medikamente: Nehmen Sie ...

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Herzmedikamente | <input type="checkbox"/> Cortison |
| <input type="checkbox"/> Schmerzmittel | <input type="checkbox"/> Antidepressiva |
| <input type="checkbox"/> blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar, ASS | |
| <input type="checkbox"/> 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

- | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Haben Sie häufiger Zahnfleischbluten | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Knirschen Sie mit den Zähnen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Rauchen Sie? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Wenn ja, wieviel pro Tag? | | |
-

Fragen / Anmerkungen:

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihrer Angaben sofort mit.

Datum

Unterschrift