Anamnesebogen

ZAHNMEDIZIN
PARKVIERTEL
GIESING

Dr. Simone Schroll · Dr. Andreas Schroll

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. **Sonst sind wir leider gezwungen eine Ausfallsgebühr zu erheben, wenn Sie zu einem längeren Termin unentschuldigt nicht erscheinen sollten.**

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 _____

❍ Internet, über die Seite _____ ❍ Sonstiges _____

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

- bitte wenden -

Anamnesebogen

ZAHNMEDIZIN
PARKVIERTEL
GIESING

Dr. Simone Schroll · Dr. Andreas Schroll

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

- ❍ Routinekontrolle
- ❍ neuen Zahnersatz
- ❍ Beratung
- ❍ „zweite Meinung“
- ❍ Schmerzbehandlung
- ❍ 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 / Kiefergelenkschmerzen

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
- ❍ Angina Pectoris
- ❍ einen Herzschrittmacher
- ❍ einen Herzinfarkt

Medikamente: Nehmen Sie ...

- ❍ Herzmedikamente
- ❍ Cortison (Kortikoide)
- ❍ Schmerzmittel
- ❍ Antidepressiva
- ❍ 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, in welcher Woche? _____

Zum Schluss

Knirschen Sie mit den Zähnen?	❍ ja	❍ nein
Fühlen Sie sich psychisch stark belastet?	❍ ja	❍ nein
Rauchen Sie?	❍ ja	❍ nein
Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?	❍ ja	❍ nein

Fragen / Anmerkungen:

_____

_____

_____

_____

_____

Datum Unterschrift