

ANAMNESEBOGEN

Herzlich willkommen in unserer Praxis.

Bevor wir gemeinsam Ihre zahnmedizinischen Anliegen besprechen, bitten wir Sie, den vorliegenden Gesundheitsfragebogen sorgfältig auszufüllen.
 Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

PATIENTENDATEN

Vorname Name	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Straße Nr.	<input style="width: 100%;" type="text"/>
PLZ Ort	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Geburtsdatum -ort	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Beruf Arbeitgeber	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Tel.	<input style="width: 100%;" type="text"/>
E-Mail	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Hausarzt	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Krankenkasse	<input style="width: 100%;" type="text"/>

<input type="checkbox"/> Gesetzliche Krankenkasse	<input type="checkbox"/> Zahnzusatzversicherung
<input type="checkbox"/> Private Krankenkasse	<input type="checkbox"/> Private Krankenkasse Basistarif
<input type="checkbox"/> Anspruch auf Beihilfe	<input type="checkbox"/> Bonusheft

Wenn ja, Bonusheft über mind. 5 Jahre
 mind. 10 Jahre

Versichertendaten, sofern diese von den Patientendaten abweichen (bei Patienten unter 18 Jahren)

Vorname Name	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Straße Nr.	<input style="width: 100%;" type="text"/>
PLZ Ort	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Geburtsdatum -ort	<input style="width: 100%;" type="text"/>

GRUND IHRES PRAXISBESUCHS

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kontrolluntersuchung | <input type="checkbox"/> Lockerung der Zähne | <input type="checkbox"/> Beratung/Zweite Meinung |
| <input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten/-rückgang | <input type="checkbox"/> Aussehen/Stellung der Zähne | <input type="checkbox"/> Mundgeruch |
| <input type="checkbox"/> Kaufähigkeit eingeschränkt | <input type="checkbox"/> Zähneknirschen | <input type="checkbox"/> Kaumuskulatur-/
Kiefergelenkbeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Zahnschmerzen | <input type="checkbox"/> Kopf- und Nackenschmerzen | |

sonstiges

IHR BERATUNGSWUNSCH

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Implantate/Implantatversorgung | <input type="checkbox"/> Professionelle Zahnreinigung | <input type="checkbox"/> Kieferorthopädische Behandlung |
| <input type="checkbox"/> Wurzelkanalbehandlung
mit OP-Mikroskop | <input type="checkbox"/> Lachgasbehandlung | <input type="checkbox"/> Zahnarztangst |
| <input type="checkbox"/> Laserbehandlung | <input type="checkbox"/> Zahnbleaching (Zahnaufhellung) | <input type="checkbox"/> Zahnersatz |

sonstiges

ALLGEMEINMEDIZINISCHE ANAMNESE

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

Allergien

- | | | | | | |
|-------------|--------------------------|--------------------------|-------|--------------------------|--------------------------|
| | Ja | Nein | | Ja | Nein |
| Antibiotika | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Latex | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

sonstiges

Atemwegserkrankungen

- | | | | | | |
|--------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Ja | Nein | | Ja | Nein |
| Asthma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schnarchen/Schlafapnoe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | Nasennebenhöhlenentzündungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

sonstiges

Erkrankungen des Nervensystems

- | | | |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Ja | Nein |
| Epileptische Anfälle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

sonstiges

Herz- und Kreislaufkrankungen

Herzinfarkt	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Herzinsuffizienz	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Herzklappenersatz/ Herzfehler	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
sonstiges	<input type="text"/>							

Infektionskrankheiten

Hepatitis	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	HIV/AIDS	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Tuberkulose	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
sonstiges	<input type="text"/>							

Leber- und Stoffwechselerkrankungen

Diabetes (Zuckererkrankung)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Lebererkrankungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Schilddrüsen- erkrankungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
sonstiges	<input type="text"/>							

Organerkrankungen

Augenerkrankungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Schlaganfall	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Nierenerkrankungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
sonstiges	<input type="text"/>							

Welche Medikamente werden regelmäßig eingenommen?

Nehmen Sie Bisphosphonate ein (bei Tumoren oder Osteoporose)?

Ja Nein

Für Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft?

Ja Nein

Wenn ja, in welchem Monat

Rauchen Sie?

Ja Nein

Wenn ja, wie viele Zigaretten rauchen Sie pro Tag?

Kosumieren Sie Drogen?

Ja Nein

Wenn ja, welche

Wurde bei Ihnen schon einmal eine Zahnfleischbehandlung (Parodontitis-Therapie) durchgeführt?

Ja Nein

Wer hat uns empfohlen/wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

Zeitungsartikel Homepage/Internet Mundpropaganda
sonstiges

Möchten Sie von uns an Ihre Kontrolltermine erinnert werden (Recall-Programm)?

Ja Nein

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Ich versichere, dass ich alle Fragen wahrheitsgemäß beantwortet habe und dass ich Änderungen unverzüglich mitteilen werde.

Datum | Unterschrift

Vereinbarte Termine, die nicht eingehalten werden können, bitten wir spätestens 24 Stunden vorher abzusagen.