

Anamnese-Fragebogen

Allgemeine Angaben:

Name Patient:

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____ Handynummer: _____

Email- Adresse: _____ Beruf: _____

Krankenkasse: _____

Name Versicherter:

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

- Keinerlei Änderungen der Krankengeschichte seit meinem letzten Termin in dieser Praxis

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe:

NEIN JA

Herz – Kreislauf – Erkrankungen

- Angina Pectoris/Herzinfarkt, wenn ja, wann? _____
- Herzinsuffizienz
- Endokarditis (Herzmuskelentzündung), wenn ja, wann ? _____
- Bluthochdruck
- Niedriger Blutdruck
- Bypass- oder Stent-Operation? Wenn ja, was und wann ? _____
- Herzrhythmusstörungen
- Herzschrittmacher
- Andere: _____

Atemwege/Lunge

- Bronchitis
- Asthma
- Andere: _____

Nieren-/Lebererkrankungen, wenn ja welche? _____

Magen-Darm-Erkrankungen, wenn ja, welche? _____

Zahnarztpraxis am Baldeplatz

Praxis für moderne Zahnheilkunde und Oralchirurgie

NEIN JA

Augen

- Grüner Star (Glaukom)
 Grauer Star (Linsentrübung, Katarakt)
 Andere: _____

Nervensystem

- Epileptische Anfälle, wenn ja, wann war der letzte „Grand mal“-Anfall? _____
 Kopfschmerzen/Migräne
 Andere: _____

Stoffwechselerkrankungen

- Schilddrüsenüberfunktion
 Schilddrüsenunterfunktion
 Diabetes Mellitus
 Osteoporose
 Andere: _____

Infektionskrankheiten

- Hepatitis A, B oder C? Wenn ja, welche? _____
 HIV, Aids? Wenn ja, liegt die Viruslast unterhalb der Nachweisgrenze? _____
 Tuberkulose (TBC)
 Andere: _____

Tumorerkrankungen (Bestrahlung, Chemotherapie)

- Wenn ja, welches Organ/Körperregion? Wann? _____
 Sonstige oben nicht abgefragte Erkrankungen: _____
 Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche und wofür?

- Bluten Sie lange nach bei kleinen Verletzungen oder bekommen Sie leicht blaue Flecken?
-

Zahnarztpraxis am Baldeplatz

Praxis für moderne Zahnheilkunde und Oralchirurgie

NEIN JA

- Nehmen Sie Blutverdünner ein? Wenn ja, welche und weshalb? _____
- Sind Ihnen Allergien bekannt? Wenn ja, welche? _____
- Sind Sie schwanger oder besteht die Möglichkeit, dass Sie schwanger sind?
- Haben Sie einen künstlichen Gelenkersatz? Wenn ja, seit wann? _____
- Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich? < 10 10- 20 > 20

Weitere Fragen zur Behandlung:

Wann waren Sie das letzte Mal beim Zahnarzt (für Neupatienten)? _____

Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung? Wenn ja, seit wann? _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden(für Neupatienten)? _____

Was für Wünsche und Erwartungen haben Sie an die Behandlung in unserer Praxis?

NEIN JA

- Möchten Sie halbjährlich an Ihre Kontrolluntersuchung erinnert werden (Recall)?
- Möchten Sie vor Ihrem Termin in unserer Praxis eine Erinnerungs-SMS erhalten?
- Möchten Sie vor Ihrem Termin in unserer Praxis eine Erinnerungsemail erhalten

Bitte geben Sie in den oben aufgeführten Fällen Ihre Handynummer und/oder Emailadresse an.
Die Einwilligung können Sie selbstverständlich jederzeit mit sofortiger Wirkung widerrufen.

Vereinbarte Termine, die nicht eingehalten werden können, bitten wir mindestens 24 Stunden im Voraus zu verschieben oder abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.

Alle oben gemachten Angaben wurden vollständig und nach bestem Wissen und Gewissen gemacht.
Änderungen von Erkrankungen und eingenommenen Medikamenten sind selbstständig und umgehend der Praxis mitzuteilen. Die Vollständigkeit der Angaben versichere ich mit der folgenden Unterschrift:

Datum, Unterschrift
