



Anamnese - Zahnarztpraxis im Medicum

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.

Persönliches

Name / Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße / Nr.: _____ PLZ / Ort: _____

Beruf: _____ Telefon: _____

E-Mail: _____

Krankenkasse / private Krankenversicherung: _____

gesetzlich versichert ja nein

privat versichert ja nein

Basistarif ja nein

Zusatzversicherung ja nein

beihilfeberechtigt ja nein

Als Familienangehöriger mitversichert über

Name / Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße / Nr.: _____ PLZ / Ort: _____

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name / Vorname: _____ Telefon: _____

Straße / Nr.: _____ PLZ / Ort: _____

Hinweise zur Organisation

Sie möchten einen Termin nicht einhalten? Bitte geben Sie uns mindestens 48 Stunden vorher Bescheid. Andernfalls müssen wir Ihnen eine Ausfallgebühr nach geltender Satzung berechnen.

Kostenhinweis

Wie allgemein üblich berechnen wir Leistungen außerhalb der kassenärztlichen Vertragsrichtlinien nach Aufwand und gemäß der Steigerungs-Sätze der GOZ.

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 gerne ein Taxi, das Sie sicher nach Hause bringt.

In Eigener Sache

Möchten Sie von uns per post, E-Mail oder telefonisch an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnert werden? ja nein

- bitte wenden -



Anamnese - Zahnarztpraxis im Medicum

Warum suchen Sie uns auf?

- Routinekontrolle Schmerzbehandlung zweite Meinung
 Beratung neuen Zahnersatz andere Gründe: _____

Leiden oder litten Sie an Herz-Kreislaufkrankungen

- Herzschrittmacher ja nein Hoher Blutdruck ja nein Niedriger Blutdruck ja nein
 Herzoperation ja nein Herzklappenfehler ja nein Herzinnenhaut-Entzündung ja nein
 Herzinfarkt ja nein Herzklappenersatz ja nein Angina pectoris (Brustenge) ja nein

Haben oder hatten Sie...

- Osteoporose ja nein Ohrensausen/Tinnitus ja nein Erkrankungen am Magen-Darm-Trakt ja nein
 Grüner Star ja nein Nierenerkrankungen ja nein Zahnfleischbluten/Parodontitis ja nein
 Grauer Star ja nein Lebererkrankungen ja nein Schilddrüsenerkrankungen ja nein
 Tuberkulose ja nein Rheuma/Arthritis ja nein Epilepsie/Anfallsleiden ja nein
 Astma ja nein Diabetes (HbA1c) ja nein

Infektiöse Erkrankungen

- HIV (Aids) ja nein
 Hepatitis ja nein Wenn Ja, welcher Typ A B C

Allergien

- Latex ja nein Spritzen beim Zahnarzt ja nein
 Metalle ja nein Antibiotikum ja nein
 Pflaster ja nein Sonstiges: _____
 Besitzen Sie einen Allergiepass? ja nein

Chemotherapie/Radiotherapie

- Erhalten Sie eine medikamentöse Chemotherapie? ja nein
 Erhalten Sie eine Strahlentherapie? ja nein
 Nehmen Sie hoch dosierte Steroide/Immunsuppressiva? ja nein

Medikamente: Nehmen Sie...

- Herzmedikamente Cortison (Glucocorticoide)
 Schmerzmittel Blutverdünner (Marcumar, ASS, Plavix, Iscover, Xarelto, Eliquis, Godamed, Pradaxa)
 Antidepressiva Bisphosphonate (Alendronat, Zoledronat, Etidronat, Ibandronat, Pamidronat)

Sonstige Medikamente: _____

Für unsere Patientinnen

Sind Sie schwanger? ja nein Wenn ja, in welcher Woche? _____

Errechneter Geburtstermin: _____

Zum Schluss

Knirschen Sie mit den Zähnen ja nein

Fühlen Sie sich psychisch stark belastet? ja nein

Rauchen Sie? ja nein

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung Ihrer Zähne? _____

Ort: _____ Datum: _____ Unterschrift: _____