Anamnesebogen

Für eine adäquate, risikofreie Behandlung benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand.
Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliche Angaben

Name,Vorname :_____Geburtsdatum:_____
(Patient)

Name,Vorname :_____Geburtsdatum:_____

(Erziehnungsberechtigter/gesetzl.Vertreter)

Adresse:_____Tel.privat:_____

_____Tel.mobil:_____
Beruf: _____E-mail: _____

Krankenkasse:_____

Zahnzusatzversicherung:_____

Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte ergänzen:

Name,Vorname:_____Geburtsdatum:_____

(Zahlungspflichtiger)

Adresse:_____

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name:_____

Adresse:_____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

_____

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau!

Allgemeine Angaben

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche? _____

_____

(Sollten Sie eine **Medikamentenliste** haben, lassen Sie uns gerne eine Kopie davon anfertigen.)

Liegen Allergien oder Unverträglichkeiten vor? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche? _____
(Sollten Sie einen Allergie-Pass haben, lassen Sie uns gerne eine Kopie davon anfertigen)

Rauchen Sie? Wenn Ja, was und wieviel rauchen Sie davon pro Tag?

☐ Ja _____ ☐ Nein ☐ Nicht mehr seit: _____

Trinken Sie Alkohol?

☐ Ja gelegentlich ☐ Nein ☐ Nicht mehr seit: _____Jahren

Bei Frauen

Besteht eine Schwangerschaft? ☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, in welcher Schwangerschaftswoche sind Sie aktuell? _____

Allgemeinanamnese

Leiden Sie unter Kopfschmerzen oder Migräne?

☐ Nein ☐ Ja _____

Leiden Sie unter Beschwerden der Halswirbel, Nacken, Schulter?

☐ Nein ☐ Ja _____

Leiden Sie unter Ohrgeräuschen, Rauschen oder Pfeifen? ☐ Nein ☐ Ja _____

Augen

starke Sehverschlechterung	☐ Ja	_____	☐ Nein
Bindehautentzündungen	☐ Ja	_____	☐ Nein
Hornhautverkrümmung	☐ Ja	_____	☐ Nein

Leiden Sie unter einer der folgenden Erkrankungen?

Gelenkbeschwerden? (Bandscheibe, Knie, etc?)

_____ ☐ Ja ☐ Nein

Autoimmunerkrankungen? (Rheuma)?

_____ ☐ Ja ☐ Nein

Neurodegenerative Erkrankungen? (MS, Parkinson, ALS, Alzheimer, Demenz)?

_____ ☐ Ja ☐ Nein

Chronische Entzündungen des Magen-, Darmtraktes?

_____ ☐ Ja ☐ Nein

Erkrankungen der Atemwege? (Asthma, COPD)?

_____ ☐ Ja ☐ Nein

Krebserkrankungen?

_____ ☐ Ja ☐ Nein

Schilddrüsenerkrankungen?

_____ ☐ Ja ☐ Nein

Leber-, Gallen-, Bauchspeicheldrüsenerkrankungen?

_____ ☐ Ja ☐ Nein

Nieren-, Blasenerkrankungen (Nierenfunktionsstörungen, Prostataerkrankungen?

_____ ☐ Ja ☐ Nein

Leiden Sie unter andere Stoffwechselerkrankungen? (Diabetes mellitus, Mukoviszidose)

_____ ☐ Ja ☐ Nein

Zahnärztliche Anamnese

Warum suchen Sie uns auf?

☐ Schmerzbehandlung

☐ Routineuntersuchung

☐ Individualprophylaxe

☐ Störfeldsanierung

☐ Zweitmeinung

☐ für neuen Zahnersatz

☐ Ästhetische Veränderungen?
Wenn ja, welche? _____

Welche zahnärztliche Behandlungen wurden bei Ihnen bereits durchgeführt?

Wurzelbehandlungen? ☐ Ja _____ ☐ Nein

Weisheitszahnentfernungen? ☐ Ja _____ ☐ Nein

Hatten Sie eine Kieferorthopädische Behandlung?

☐ Ja _____ ☐ Nein

Wurde eine chirurgische Störfeldsanierung durchgeführt?

☐ Ja _____ ☐ Nein

Kiefergelenk

Leiden Sie an Beschwerden und Schmerzen im Kiefergelenk? ☐ Ja ☐ Nein

Nehmen Sie ein Kiefergelenks-Knacken wahr? ☐ Ja ☐ Nein

Möchten Sie uns noch etwas Wichtiges mitteilen?

_____

_____

_____

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu. Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die Datenschutzbestimmungen gelesen und akzeptiert habe.

Wir weisen Sie darauf hin, dass vereinbarte Termine ausschließlich für Sie reserviert sind. Sollten Sie die vereinbarten Termine nicht einhalten können, sagen Sie diese spätestens 24 Std. vorher ab. Bei einer nicht fristgerechten Absage, erlauben wir uns, eine Gebühr in Höhe von 60 Euro in Rechnung zu stellen. Bitte unterschrieben Sie hierzu die Vereinbarung „Ausfallhonorar“.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift