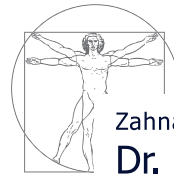


Anamnesebogen



Zahnärztliche Praxisgemeinschaft
Dr. Christian Duwe
ZÄ Özlem Akyüz-Duwe

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. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht unserer Praxis.

Persönliches

Name / Vorname Geburtstag

Straße / Nr. PLZ / Ort

Tel. Festnetz Tel. mobil

E-Mail Beruf

Krankenkasse

Gesetzlich versichert ja nein Privat versichert ja nein Basistarif ja nein
Zusatzversicherung ja nein Beihilfeberechtigt ja nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied 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.

In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

von Bekannten empfohlen Telefon- / Branchenbuch Zeitungsanzeige

Überweisung von

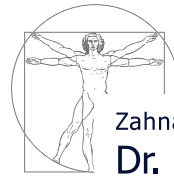
Internet, über die Seite Sonstiges

Falls wir empfohlen wurden, haben Sie sich im Vorfeld unseren Internetauftritt angeschaut? ja nein

Möchten Sie unseren Praxisnewsletter mit Tipps zur Zahngesundheit per E-Mail erhalten? ja nein

Möchten Sie von uns an Ihre halbjährliche Vorsorgeuntersuchung erinnert werden? ja nein

Anamnesebogen



Zahnärztliche Praxisgemeinschaft
Dr. Christian Duwe
ZÄ Özlem Akyüz-Duwe

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

- Routinekontrolle
 - Beratung
 - Schmerzbehandlung
 - neuen Zahnersatz
 - „zweite Meinung“
 - sonstiges:
-

Haben Sie akute Schmerzen? ja nein

Wenn ja, wie äußern sie sich?

- Dauerschmerz
- Zähne reagieren auf süß / sauer
- Zähne sind temperaturempfindlich
- Zähne schmerzen bei Belastung oder Kauen
- Zähne schmerzen auch ohne Belastung
- Schmerzen oder Entzündungen am Zahnfleisch
- Kiefer- / 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
 - eine Schilddrüsenerkrankung ja nein
 - Rheuma ja nein
 - Tuberkulose ja nein
 - HIV (Aids) ja nein
 - Hepatitis ja nein
 - Wenn ja, welcher Typ? A B C
 - Allergien ja nein
 - Wenn ja, welche?
-

Sonstige Infektionen / Erkrankungen:

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie ...

- eine Herzklappenentzündung
- einen Herzschrittmacher
- künstliche Herzklappe
- Angina Pectoris
- einen Herzinfarkt

Medikamente – Nehmen Sie ...

- Herzmedikamente
 - Schmerzmittel
 - blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar, ASS?
 - andere Medikamente:
 - Cortison (Kortikoide)
 - Antidepressiva
-

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

Fragen / Anmerkungen:
