

ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient!

Für die optimale zahnärztliche Behandlung ist eine genaue Anamnese Ihres Gesundheitszustands notwendig. Daher bitten wir Sie dieses Formular auszufüllen.

Patientin/ Patient

Name _____ Tel. privat _____
Vorname _____ Tel. mobil _____
Straße, Nr. _____ Tel. dienstlich _____
PLZ, Ort _____ E-Mail _____
Sozialversicherungsnummer _____ Land _____

Krankenkasse _____ Zusatzversicherung _____

Ich bin selbst versichert ja nein

Falls nein:

Gesetzliche/r Vertreterin/ Vertreter:

Name _____ Tel. privat _____
Vorname _____ Tel. mobil _____
Straße, Nr. _____ Tel. dienstlich _____
PLZ, Ort _____ E-Mail _____
Sozialversicherungsnummer _____ Land _____

Behandelnde/r Hausärztin/ Hausarzt

Behandelte/r Kinderärztin/ Kinderarzt

Name, Vorname _____ Tel. privat _____
Straße, Nr. _____ Tel. mobil _____
PLZ, Ort _____

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Daten oder Befunde meiner Krankengeschichte inkl. Röntgenbilder und Fotos, deren Kopien oder Ausdrücke zwecks allenfalls notwendiger Abklärungen oder Informationen mit meiner Ärztin/meinem Arzt oder weiteren, der ärztlichen Schweigepflicht unterstehenden Personen, wie Versicherungen etc. ausgetauscht werden und dass die für die Rechnungsstellung, das Inkasso und die Buchführung notwendigen Daten an die beteiligten Institution weitergeleitet werden.

Datum:

Unterschrift:

Um Ihnen die bestmögliche Therapie zu ermöglichen, können bei verschiedenen Behandlungen, wie Komposite-Füllungen, KFO (Kieferorthopädie), Wurzelkanalbehandlungen, Laserchirurgie, Herstellung von ästhetischen Provisorien etc. zusätzliche Kosten (CP8) anfallen, die von Ihrer Krankenkasse nicht übernommen werden.

Sollte das bei Ihnen der Fall sein, werden wir Sie vor der Behandlung darüber informieren.

Datum:

Unterschrift:

Ich bin einverstanden, dass mir falls notwendig eine Lokalanästhesie gegeben wird (örtliche Betäubung). Ich bin darüber informiert, dass es dabei im Unterkiefer und an der Zunge in sehr seltenen Fällen zu Irritationen kommen kann (anhaltendes Taubheitsgefühl, Kribbeln), die in aller Regel wieder verschwinden. Ich nehme zur Kenntnis, dass nach zahnärztlich-chirurgischen Eingriffen unter örtlicher Betäubung bei aktiver Teilnahme an Straßenverkehr für mehrere Stunden ein erhöhtes Unfallrisiko besteht.

Datum:

Unterschrift:

● Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? ja nein

Nehmen Sie **Bisphosphonate** ein? ja nein

Nehmen Sie **blutverdünnende Medikamente** ein? ja nein

● Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Wenn ja, welche? ja nein

● Werden/ wurden Sie in letzter Zeit ärztlich behandelt?
Wenn ja, wegen welcher Krankheiten? ja nein

● Haben oder hatten Sie...

Herzleiden

hormonelle Störungen

Diabetes

Bluterkrankungen

Schilddrüsenerkrankungen

Migräne

Herzschrittmacher

Nasennebenhöhlenentzündung

Arthrose

Schlaganfall

Rheuma

Krebsleiden

Blutmangel

Magen- Darmerkrankungen

Bestrahlung, Radiotherapie

Herzklappenkrankheiten

Nierenerkrankungen

Chemotherapie

Endokarditis

Lebererkrankungen

Gelenkprothesen

HIV

Lungenerkrankungen

Tuberkolose

sonstige Infektionen oder Erkrankungen:

● Hatten Sie schon Operationen? Wenn ja, welche? ja nein

● Rauchen Sie? Wenn ja, wie oft und wieviel? ja nein

● Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Wenn ja, wie oft und wieviel? ja nein

● Konsumieren Sie Drogen? Wenn ja, welche und wie oft? ja nein

● Besteht eine **Schwangerschaft**? ja nein

● Sind Sie zufrieden mit Ihrer Zahnstellung/ Ihrem Lächeln? ja nein

● Knirschen Sie mit den Zähnen? ja nein

● Was ist Ihr Behandlungswunsch in unserer Praxis?

● Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? _____

Fragen/ Anmerkungen _____

Datum:

Unterschrift: