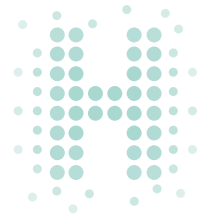




HOPPE.DENTAL
ZAHNÄRZTE IM RHEINLAND

ANAMNESEBOGEN



HOPPE.DENTAL
ZAHNÄRZTE IM RHEINLAND

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir freuen uns sehr, dass Sie unsere Praxis aufgesucht haben und uns ihre Zahngesundheit anvertrauen. Um eine zuverlässige Diagnose und nachhaltige Therapie durchführen zu können, benötigen wir vorab wichtige Informationen zu Ihrem Gesundheitszustand. Bitte unterschreiben sie den Fragebogen. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich Ihrer Behandlung. Vielen Dank!

ANGABEN ZU IHRER PERSON

Name _____ Geburtsdatum _____

Vorname _____ Geburtsort _____

Straße _____ PLZ _____

Haus-Nr. _____ Wohnort _____

Telefon privat _____ Mobil _____

Telefon tagsüber _____ E-Mail _____

Hausarzt _____ Beruf _____

Geschlecht männlich weiblich Arbeitgeber _____

Gesetzliche Krankenversicherung pflichtversichert freiwillig versichert Zusatzversicherung

Private Krankenversicherung beihilfeberechtigt Basistarif

ICH BIN ÜBER MEINEN EHEGATTEN/MEINE ELTERN VERSICHERT:

Name _____ Geburtsdatum _____

Vorname _____ Geburtsort _____

Straße _____ PLZ _____

Haus-Nr. _____ Wohnort _____

Telefon privat _____ Mobil _____

Telefon tagsüber _____ E-Mail _____

Hausarzt _____ Beruf _____

Geschlecht männlich weiblich Arbeitgeber _____

ANGABEN ZU IHREM ANLIEGEN

Ich bin mit meinem Lächeln zufrieden und insbesondere mit

- der Gesundheit meiner Zähne ja nein
- der Stellung meiner Zähne ja nein
- der Form/Farbe meiner Zähne ja nein

Ich Sorge mich um mein Zahnfleisch, denn es

- blutet ja nein
- geht zurück ja nein

Ich leide unter Funktionsstörungen und insbesondere unter

- Kopfschmerzen ja nein
- Migräne ja nein
- Nackenschmerzen ja nein
- Rückenschmerzen ja nein
- Kiefergelenkschmerzen ja nein
- Kaumuskulaturschmerzen ja nein
- Tinnitus ja nein

Ich hatte in der Vergangenheit

- einen Herzinfarkt ja nein
- eine Entzündung des Herzens ja nein
- einen Schlaganfall ja nein
- einen Gefäßverschluss ja nein
- eine Organtransplantation ja nein
- eine Tumorerkrankung ja nein
- eine Bestrahlung im Kopf-/Halsbereich ja nein

Wenn ja, am _____

- Chemotherapie ja nein

Wenn ja, am _____

Ich interessiere mich für Leistungen der Praxis Praxis für Zahngesundheit und insbesondere für

- eine Betreuung meiner Mundgesundheit ja nein
- eine Korrektur meiner Zahn-form/-farbe/-stellung ja nein
- neue feste Zähne ja nein

Ich trage Zahnersatz

- ja nein

Art & Alter: _____

Ich habe weitere Beschwerden und insbesondere

- Schilddrüsenfunktionsstörung ja nein
- eingeschränkte Leberfunktion ja nein
- eingeschränkte Nierenfunktion ja nein
- hoher Blutdruck ja nein
- Kreislaufschwäche ja nein
- Herzrhythmusstörung ja nein
- erhöhte Blutungsneigung ja nein
- Erkrankung des Herzens ja nein

Ich befinde mich aktuell in Behandlung von

- Knochenschwund (Osteoporose) ja nein
- Zuckerkrankheit (Diabetes) ja nein

Ich leide unter epileptischen Anfällen

- ja nein

Ich hatte in den letzten 12 Monaten einen stationären Krankenhausaufenthalt

- ja nein

Ich habe Überempfindlichkeitsreaktionen (Allergien) ja nein Gegen: _____

Ich habe einen Allergiepass ja nein

Ich nehme regelmäßig Medikamente ein ja nein Welche? _____

Ich leide unter einer infektiösen Erkrankung (AIDS, HIV, Hepatitis, ...) ja nein Welche? _____

Ich rauche ja nein < 5 pro Tag 5-10 pro Tag > 15 pro Tag

Ich bin an Demenz erkrankt ja nein Betreuer Name/Telefon _____

Ich bin schwanger ja nein _____

Ich war das letzte Mal am _____ beim Zahnarzt **Ich habe Angst vorm Besuch beim Zahnarzt** ja nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Persönliche Empfehlung von: _____

Internet: Homepage Jameda Zahnarztangstratgeber Google Sonstige

Zeitung/Zeitschrift: _____ Sonstige _____

Zur Information: Wir erinnern Sie an Ihre regelmäßigen Kontrolluntersuchungen.

Bitte unterschreiben Sie diesen Anamnesebogen und teilen Sie uns Veränderungen bezüglich allgemeiner Erkrankungen oder Veränderungen im Medikamentenplan sofort mit, so dass wir für unsere Behandlung immer über den aktuellen Stand informiert sind.

Korschenbroich, den

Unterschrift Patient oder ggfs. gesetzlicher Vertreter