

Praxis für Zahnheilkunde

Dr. Boeger · Dr. Hoppe M.Sc.

Anamnesebogen

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!

Ihr Team der Praxis für Zahngesundheit

Angaben zu Ihrer Person

Name

Vorname

Geburtsdatum/-ort

Straße, Haus-Nr.

PLZ / Wohnort

Telefon privat

Telefon beruflich

Mobil

E-Mail

Hausarzt

Beruf

Arbeitgeber

Geschlecht männlich weiblich

Gesetzliche Krankenversicherung: Private Krankenversicherung:

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pflichtversichert | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigt | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Freiwillig versichert | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> Basistarif | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Zusatzversicherung | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | |

Ich bin über meinen Ehegatten/meine Eltern versichert:

Name

Vorname

Geburtsdatum/-ort

Straße, Haus-Nr.

PLZ / Wohnort

Telefon privat

Mobil

E-Mail

Beruf

Arbeitgeber

Geschlecht männlich weiblich

Praxis für Zahnheilkunde

Dr. Boeger · Dr. Hoppe M.Sc.

Angaben zu Ihrem Anliegen

Ich bin mit meinem Lächeln zufrieden und insbesondere mit ...

- | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| ... der Gesundheit meiner Zähne ... | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ... der Stellung meiner Zähne ... | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ... der Form/Farbe meiner Zähne ... | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

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

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| ... eine Betreuung meiner Mundgesundheit ... | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ... eine Korrektur meiner Zahn-form/-farbe/-stellung ... | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ... neue feste Zähne ... | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Ich Sorge mich um mein Zahnfleisch, denn es ...

- | | | |
|---------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| ... blutet ... | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ... geht zurück ... | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Ich trage Zahnersatz ...

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

Art & Alter: _____

Ich leide unter Funktionsstörungen und insbesondere unter ...

- | | | |
|--------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| ... Kopfschmerzen ... | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ... Nackenschmerzen ... | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ... Rückenschmerzen ... | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ... Kiefergelenkschmerzen ... | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ... Kaumuskulaturschmerzen ... | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ... Tinnitus ... | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Ich habe weitere Beschwerden und insbesondere ...

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| ... Schilddrüsenfunktionsstörung ... | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ... einer eingeschränkten Leberfunktion ... | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ... einer eingeschränkten Nierenfunktion ... | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ... zu hohem Blutdruck ... | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ... einer Kreislaufschwäche ... | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ... Herzrhythmusstörung ... | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ... einer erhöhten Blutungsneigung ... | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Medikament: _____

- | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| ... einer Erkrankung des Herzens ... | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|--------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|

Praxis für Zahnheilkunde

Dr. Boeger · Dr. Hoppe M.Sc.

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 am _____ . Chemotherapie am _____ .

Ich befinde mich aktuell in Behandlung von ...

- ... Knochenschwund (Osteoporose) ... ja nein
- ... Überzuckerung (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

Praxis für Zahnheilkunde

Dr. Boeger · Dr. Hoppe M.Sc.

Wie sind Sie auf uns Aufmerksam geworden?

Persönliche Empfehlung von: _____

Internet:

Homepage Jameda Zahnarztangstratgeber Google Sonstige

Zeitung/Zeitschrift: Welche Zeitschrift: _____

Sonstige: _____

Gerne erhalte ich halbjährlich die Praxiszeitung mit interessanten Neuigkeiten rund um das Team der Praxis für Zahngesundheit.

Gerne werde ich durch die Praxis für Zahngesundheit regelmäßig an die Kontrolluntersuchung / Zahnreinigung erinnert.

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