Praxis für Zahnheilkunde
Henrik Hänsel

Anamnesebogen

Kemnader Str. 319 • 44797 Bochum • Tel.: 02 34 / 79 92 00 • Fax.: 02 34 / 9 79 17 26

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 Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen beigefügt. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden nicht an Dritte weitergegeben.

Hinweise zur Organisation

Wir sind eine Bestellpraxis. Daher bitten wir Sie, Termine, die Sie nicht einhalten können, mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, damit wir diese an andere Patienten vergeben können.

Persönliches

Name / Vorname _____ Geburtstag _____

Straße / Nr. _____

PLZ / Ort _____

Tel. privat _____ Tel. geschäftlich _____ Tel. mobil _____

E-Mail _____

Beruf _____

Krankenkasse / Versicherung _____

Ich bin

❍ gesetzlich versichert
- ☐ freiwillig versichert

❍ privat versichert
- ☐ Beihilfe berechtigt
- ☐ im Basistarif
- ☐ zusatzversichert

Wenn Sie familienversichert sind, wer ist der Versicherte?

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name _____ Ort _____

Tel. _____

In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

❍ von Bekannten empfohlen ❍ Telefon- / Branchenbuch ❍ Internet, über die Seite _____

❍ Falls Sie empfohlen wurden, verraten Sie uns, von wem? _____

❍ Überweisung von _____ ❍ Sonstiges _____

Möchten Sie von uns an Ihre halbjährlichen Vorsorgeuntersuchungen erinnert werden? ❍ ja ❍ nein

Wenn ja, wie? ❍ per Telefon ❍ per Post ❍ per E-Mail

Praxis für Zahnheilkunde
Henrik Hänsel

Anamnesebogen

Kemnader Str. 319 • 44797 Bochum • Tel.: 02 34 / 79 92 00 • Fax.: 02 34 / 9 79 17 26

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

❍ Routinekontrolle? ❍ neuen Zahnersatz?
❍ Schmerzbehandlung? ❍ „zweite Meinung"?
❍ Beratung?
❍ andere Gründe:

Hat sich seit dem letzten Besuch in unserer Praxis an Ihrem Gesundheitszustand etwas geändert? ❍ ja ❍ nein

Haben Sie akute Schmerzen? ❍ ja ❍ nein

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der/des ...

Blutgefäße und / oder Blutdrucks	❍ ja	❍ nein
Leber	❍ ja	❍ nein
Nieren	❍ ja	❍ nein
Schilddrüse	❍ ja	❍ nein
Magen-Darm-Traktes	❍ ja	❍ nein
Gelenke	❍ ja	❍ nein
Wirbelsäule	❍ ja	❍ nein
Lunge	❍ ja	❍ nein
Sonstige Erkrankungen	❍ ja	❍ nein

Wenn ja, welche?

Haben oder hatten Sie ...

Diabetes		❍ ja	❍ nein
Epilepsie		❍ ja	❍ nein
Grünen Star		❍ ja	❍ nein
Ohrensausen / Tinnitus		❍ ja	❍ nein
Rheuma		❍ ja	❍ nein
Tuberkolose		❍ ja	❍ nein
HIV (Aids)		❍ ja	❍ nein
Hepatitis		❍ ja	❍ nein
Wenn ja, welcher Typ?	❍ A	❍ B	❍ C
Allergien		❍ ja	❍ nein

Wenn ja, wogegen?

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie ...

❍ eine Herzklappen- / Herzmuskelentzündung?
❍ Angina Pectoris? ❍ Herzfehler?
❍ einen Herzschrittmacher? ❍ einen Herzinfarkt?
❍ eine künstliche Herzklappe? ❍ Herzrhythmusstörungen?

Medikamente – Nehmen Sie ...

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

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten? ❍ ja ❍ nein
Wenn ja, gegen welche? _____

Rauchen Sie? ❍ ja ❍ nein

Für unsere Patientinnen

Sind Sie schwanger? ❍ ja ❍ nein
Wenn ja, in welcher Woche? _____

Zum Schluss

Knirschen Sie mit den Zähnen?	❍ ja	❍ nein
Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?	❍ ja	❍ nein
Sind Sie an Amalgamalternativen interessiert?	❍ ja	❍ nein
Blutet Ihr Zahnfleisch (häufiger)?	❍ ja	❍ nein
Machen Ihre Kiefergelenke Geräusche (z.B. Knacken, Reiben)?	❍ ja	❍ nein
Sind Sie an einem individuellen Prophylaxeplan interessiert?	❍ ja	❍ nein

Möchten Sie unseren Praxisnewsletter per E-Mail erhalten?

❍ ja ❍ nein

E-Mailadresse: _____

Bemerkungen:

Datum Unterschrift