

ANAMNESEBOGEN

Herzlich Willkommen in Ihrer Zahnarztpraxis!

Bitte füllen Sie diesen Bogen sorgfältig aus, denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Wir bitten Sie daher, uns alle Änderungen frühzeitig mitzuteilen. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Danke für Ihre Mitarbeit!

Ihr Praxisteam Dres. Thorn

Persönliches

Name/Vorname Geburtsdatum

Geburtsort

Straße/Nr. PLZ/Ort

E-Mail Beruf/Arbeitgeber

Tel. privat Tel. Mobil

Krankenkasse Tel. geschäftl.

- gesetzlich versichert privat versichert Basistarif
 Beihilfeberechtigt Zusatzversicherung

Sie sind nicht selbst Krankenversicherungsmitglied? Wer ist Versicherter?

Name/Vorname Geburtsdatum

Straße/Nr. PLZ/Ort

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name/Ort/Tel.

Warum suchen Sie uns auf?

- Routinekontrolle neuen Zahnersatz Beratung
 Schmerzbehandlung andere Gründe:

Haben Sie akute Schmerzen?

- Dauerschmerz
- Temperaturempfindlichkeit
- Kieferschmerzen
- Kiefergelenkschmerzen

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

- Herzens
- Leber
- Nieren
- Schilddrüse
- Magen-Darm-Traktes
- Gelenke (Rheuma)
- Wirbelsäule

Haben oder hatten Sie...

- hohen Blutdruck
 - niedrigen Blutdruck
 - Diabetes
 - Zahnfleischbluten
 - Ohrensausen/Tinnitus
 - Epilepsie
 - Grünen Star
 - Schilddrüsenerkrankung
 - Rheuma
 - Tuberkulose
 - HIV (Aids)
 - Osteoporose
 - Allergien
- Wenn ja, welche?
-
-

- Hepatitis
- Wenn ja, welcher Typ? **A B C**
- Sonstige Infektionen/Erkrankungen:
-
-

Wichtige Hinweise:

1. Die Praxis wird nach dem „Bestellsystem“ geführt. Reservierte, aber nicht spätestens 24 h vorher freigegebene Behandlungszeiten werden daher in Rechnung gestellt.
2. Bitte beachten Sie, dass Sie nach einer Spritze nicht mehr fahrtüchtig sein können.
3. Teilen Sie uns bitte Änderung Ihres Gesundheitszustandes unaufgefordert vor der nächsten Behandlung mit.

- Zähne reagieren auf süß und sauer
- Zähne schmerzen bei Belastung oder Kauen
- Zähne schmerzen auch ohne Belastung

Haben oder hatten Sie ein/e(n)...

- Herzklappenentzündung
- Herzschrittmacher
- Angina Pectoris
- Herzinfarkt

Medikamente: Nehmen Sie...

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

Sind sie schwanger?

Wenn ja, in welcher Woche?

Wann ist der Entbindungstermin?

Was trifft auf Sie zu?

- Ich knirsche mit den Zähnen.
- Ich bin psychisch stark belastet.
- Ich rauche. Wenn ja, wieviele?
- Ich trinke. Wenn ja, wieviel?

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Telefon-/Branchenbuch
 - von Bekannten empfohlen
 - Sonstiges:
-

Mit dem Versand von Rechnungen oder Kostenvoranschlägen per E-Mail bin ich:

- einverstanden
 - nicht einverstanden
-

Datum, Unterschrift