

ANAMNESEBOGEN

DOKUMENTATION ZUM PATIENTENGESPRÄCH

Sehr geehrte Patienten!

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Gern möchten wir kompetent und zuverlässig für Sie da sein. Eine möglichst vollständige Beantwortung der Fragen ist daher in Ihrem Interesse.

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des geltenden Datenschutzes. Sie werden streng vertraulich behandelt und dienen ausschließlich dazu, die erforderliche Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

Bitte kreuzen Sie das zutreffende Kästchen deutlich an.



Vielen Dank für Ihre Mitwirkung!

PATIENT
Name, Vorname
Adresse
Geburtsdatum
Geburtsort
Telefon
Handy
E-Mail*
Beruf*
Arbeitgeber, Ort*

VERSICHERTER
Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?
Name, Vorname
Geburtsdatum Mädchenname
Versicherung
Krankenkasse
<input type="checkbox"/> Gesetzliche Versicherung
<input type="checkbox"/> Private Versicherung
<input type="checkbox"/> Zusatzversicherung
<input type="checkbox"/> Pflegegrad? Wenn ja, welcher? _____ (Falls ja, bitte Kopie mitbringen)

* freiwillige Angaben

Herz-/Kreislaufkrankungen		
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzklappenfehler	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzklappenersatz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Endokarditis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Angina pectoris	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzoperation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zahn-Mund-Situation		
Zahnfleischblutung/-Rückgang	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kiefergelenksgeräusche/-Knacken	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nackenschmerzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Infektiöse Erkrankungen		
HIV/AIDS:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lebererkrankung/Hepatitis:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Tuberkulose:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
MRSA	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Creutzfeld-Jakob-Krankheit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Röntgen		
Wurden bei Ihnen zahnärztliche Röntgenaufnahmen angefertigt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, in welchem Monat/Jahr?		
Einnahme von Medikamenten		
Nehmen Sie Bisphosphonate (Prolia, ...)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, seit:		
Nehmen Sie Blutverdünner? (Falithrom, ASS, Eliquis, Xarelto, Plavix, ...)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche:		
Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie hoch dosierte Steroide/Immunsuppressiva?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Welche Medikamente nehmen Sie noch ein?		

Abhängigkeiten		
Raucher	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Drogenabhängigkeit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Alkoholabhängigkeit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonstige Abhängigkeiten:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonstige Krankheitsbilder		
Glaukom (Augeninnendruck)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Blutgerinnungsstörungen:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Diabetes/Zuckerkrankheit:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Asthma/Lungenerkrankung:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nervenerkrankung:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nierenerkrankungen:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Osteoporose Erkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Rheuma/Arthritis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Strahlentherapie/Krebserkrankung? Wenn ja, wann?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Gelenkersatz? (Knie, Hüfte, ...)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Depressionen (Medikamentös eingestellt?)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, in welchem Monat?		
Allergien bzw. Unverträglichkeiten		
Lokalanästhesie/Spritzen, welche:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schmerzmittel, welche:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Metalle, welche:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Antibiotika, welche:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Andere Stoffe, wenn ja welche:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Allergiepass vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen, falls erforderlich.

....., den

Unterschrift:

(Ort)

(Datum)