

Anamnesebogen



ZAHNÄRZTLICHE
GEMEINSCHAFTSPRAXIS
Dr. Frank & Rosenfeldt

Liebe Patientin, lieber Patient!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir die Angaben zu Ihrer Person sowie über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Daher bitten wir Sie, diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen und uns bei Änderungen (z.B. bei Medikamenteneinnahme) vor dem nächsten Behandlungstermin zu informieren!

Persönliche Angaben

Name: _____ Vorname: _____

Straße / Nr.: _____

PLZ / Ort: _____ Geburtsdatum: _____

Tel. Festnetz: _____ Tel. mobil: _____

E-Mail: _____ Beruf: _____

Krankenkasse / Private Krankenversicherung: _____

gesetzlich versichert	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Zusatzversicherung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
privat versichert	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	beihilfeberechtigt	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Pflegegrad _____

Falls Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist der Versicherte?

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Straße / Nr.: _____ PLZ / Ort: _____

Hausarzt: _____ Ort: _____

Hinweise zur Organisation

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte sagen Sie ihn mindestens 24 Stunden vorher ab, sodass dieser anderweitig weitervergeben werden kann. Vielen Dank!

Hinweise zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen **bis zu 24 Stunden** beeinträchtigt sein kann. Dies kann sowohl durch die Behandlung selbst, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten hervorgerufen werden. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi, das Sie sicher nach Hause bringt.

Anamnesebogen



ZAHNÄRZTLICHE
GEMEINSCHAFTSPRAXIS
Dr. Frank & Rosenfeldt

Was ist der Grund Ihres Besuchs?

- Routinekontrolle
- Beratung
- neuer Zahnersatz
- zweite Meinung
- Schmerzen (**akut**:)

Unter welchen Allgemeinerkrankungen leiden Sie?

Leiden Sie unter zu hohem / zu niedrigem Blutdruck?

- nein ja, letzte Werte: _____ / _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Ist bei Ihnen eine Infektionserkrankung (z.B. Hepatitis B/C, HIV / AIDS, COVID-19, Tbc, M. Creutzfeldt-Jakob) bekannt?

- nein ja: _____

Leiden Sie unter Allergien oder Medikamenten-unverträglichkeiten?

- nein ja: _____

Nehmen Sie aktuell oder nahmen Sie in den letzten Jahren Medikamente gegen z.B. Osteoporose (sog. Bisphosphonate) ein?

- nein ja

Leiden Sie unter Diabetes mellitus?

- nein ja

Rauchen Sie?

- nein ja, wie viel: _____

Haben Sie eine Latex-Allergie?

- nein ja

Spezielle, zahnmedizinische Anamnese

Leiden Sie unter

Zahnfleischbluten? nein ja

schlechtem Geschmack? nein ja

Mundgeruch? nein ja

Kopfschmerzen / Migräne? nein ja

Verspannungen im Schulter-/Nackebereich?
 nein ja

Knirschen/Pressen d. Zähne? nein ja

Schmerzen in der Kiefergelenks-/Ohrregion?
 nein ja

eingeschränkter Beweglichkeit des Unterkiefers,
z.B. geringer Mundöffnung? nein ja

Problemen mit Ihrem Zahnersatz / Ihren Kronen?
 nein ja

Gibt es Dinge, die Sie an Ihren Zähnen stören oder die Sie gerne ändern würden? nein ja

Wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung im Kopf-Halsbereich?

Hiermit stimme ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich meine Zustimmung jederzeit schriftlich widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bewusst, dass meine Daten streng vertraulich behandelt werden. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht (§203 StGB) sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Datum

Unterschrift