KUHN+HABERKAMP
Zahnärzte

ANAMNESEBOGEN

Wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe. Daher bitten wir Sie, diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen können. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes.

Patient

Nachname, Vorname: _____ Geb.: __/__/ _____

Straße: _____ Ort: _____

Versicherter (falls abweichend)

Nachname, Vorname: _____ Geb.: __/__/ _____

Straße: _____ Ort: _____

[ ] Gesetzl. versichert [ ] Beihilfeberechtigt [ ] Priv. versichert [ ] Zusatzversicherung Wo sind Sie versichert? _____

Telefon (tagsüber): _____ E-Mail: _____

Beruf / Arbeitgeber: _____

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

[ ] Routinekontrolle [ ] Beratung [ ] Schmerzbehandlung [ ] Andere Gründe: _____

[ ] neuen Zahnersatz [ ] „Zweite Meinung" [ ] Zahnärztliche Prophylaxe (PZR) _____

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

[ ] Persönliche Empfehlung durch _____ [ ] Überweisender Arzt [ ] Internet [ ] jameda [ ] Sonstiges

Allgemeine Gesundheit

[ ] Hoher Blutdruck
[ ] niedriger Blutdruck
[ ] Herzerkrankung/Wenn ja, welche?

_____

[ ] Herzinfarkt
[ ] Herzschrittmacher
[ ] Herzklappenersatz
[ ] Ist eine Endokarditisprophylaxe notwendig?
[ ] Schlaganfall

[ ] Blutgerinnungsstörung
[ ] Schilddrüsenerkrankung
[ ] Diabetes (Typ I oder II)
[ ] Lungenerkrankung (z.B. Asthma, COPD)
[ ] Osteoporose
[ ] Rheuma
[ ] Nierenfunktionsstörungen
[ ] Infektiöse Erkrankungen (z.B. HIV, Hepatitis))
[ ] Epilepsie
[ ] Tumorerkrankungen

[ ] Augenerkrankungen (Glaukom, Grauer oder Grüner Star)
[ ] Magen-Darm-Erkrankung
[ ] Depressionen
[ ] Allergien/ Wenn ja, welche?

_____

[ ] Besitzen Sie einen Allergiepass?
[ ] Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel pro Tag? _____

Medikamente

Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein?

_____

_____

Ihr Hausarzt: _____

[ ] Unverträglichkeit gegen Medikamente?

Wenn ja, welche? _____

_____

[ ] Unverträglichkeit gegen Spritzen

Für unsere Patientinnen:
[ ] Sind Sie schwanger? Wenn ja, welche Woche? _____
[ ] Wünschen Sie eine Erinnerung an die nächste Vorsorgeuntersuchung?

Mundgesundheit

Wann wurden Sie das letzte Mal im Mund, Zahn- und Kieferbereich geröngt? _____

Wichtige Informationen:

Ich nehme zur Kenntnis, dass nach einer Lokalanästhesie (Betäubungsspritze) meine Fahrtüchtigkeit eingeschränkt sein kann.

Datum _____ Unterschrift _____