

Anamnesebogen

Lieber Patient, liebe Patientin!

Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht (§ 203 StGB). Wir bitten Sie, die folgenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten. Die Beantwortung ist wichtig für die Erkennung und Behandlung Ihrer Erkrankung. Fragen Sie bei Unklarheiten bitte bei unserem Team nach.

Patienten-Name: _____ PATIENT Vorname: _____ Geburtsdatum/-ort: _____ Straße: _____ PLZ/Ort: _____ Telefon: _____ Mobil: _____ E-Mail: _____ Hausarzt: _____ Überweiser: _____ Beruf: _____	Versicherter-Name: _____ VERSICHERTER Vorname: _____ Geburtsdatum/-ort: _____ Straße: _____ PLZ/Ort: _____ Krankenversicherung <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> Basistarif Name der Versicherung: _____ Beihilfeberechtigt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Zahnzusatzversicherung vorhanden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
---	--

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

	ja	nein
1 Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> TBC/Tuberkulose <input type="checkbox"/> Lebererkrankung <input type="checkbox"/> Hepatitis A, B, C - Gelbsucht (Wenn ja, wann?) _____		
4 Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Wenn ja, welche?) _____		
4.1 Haben Sie einen Allergiepass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.1 Nehmen/Nahmen Sie Bisphosphonate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Leiden Sie an Herz-Kreislauf-Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Herzklappenfehler <input type="checkbox"/> Herzklappenersatz <input type="checkbox"/> Endokarditis <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher <input type="checkbox"/> Herzinfarkt		
6.1 Benötigen Sie vor der Behandlung eine Endokarditisprophylaxe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

	ja	nein
7 Wie ist Ihr Blutdruck?		
<input type="checkbox"/> niedrig <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> hoch		
8 Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Wenn ja, welcher Typ?) _____		
9 Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Nierenerkrankungen oder -anomalien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Tumore / Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Andere Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Wenn ja, welche?) _____		
17 Nehmen Sie Medikamente oder pflanzliche Mittel ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Markumar / Clopidogrel <input type="checkbox"/> andere _____		

bitte wenden



Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

ja nein

- 18 Rauchen Sie? ja nein
 (Wenn ja, wieviel Zigaretten pro Tag?) _____
- 19 Besteht eine Schwangerschaft? ja nein
 (Wenn ja, welche Schwangerschaftswoche?) _____
- 20 Haben Sie häufig Kopf- oder Gesichtsschmerzen, oder Muskelschmerzen/Verspannungen im Kiefer- oder Gesichtsbereich? ja nein
- 21 Haben Sie Angst vor einer Zahnbehandlung? ja nein
- 22 Haben Sie Interesse an einer angstfreien, entspannten Behandlung unter Vollnarkose? ja nein

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

ja nein

- 23 Hatten Sie schon einmal Kreislaufstörungen oder andere Reaktionen nach einer Betäubung? ja nein
- 24 Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?
 Überweisung durch Dr. _____
 persönliche Empfehlung
 Internet/Homepage
 Telefonbuch/Gelbe Seiten
 Sonstiges: _____

Anästhesie-Aufklärung

Im Laufe einer Behandlung besteht die Möglichkeit einer örtlichen Betäubung (Anästhesie) der vom Zahn oder Operationsgebiet wegführenden Nerven. Spezielle Risiken einer örtlichen Betäubung sind: Gefäßreizung, Bluterguss, allergische Reaktionen, Krämpfe, Nervenschäden. Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit nach einer Betäubung oder Injektion beeinträchtigt sein kann.

Ich habe die Aufklärung gelesen und verstanden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu.

 Ort, Datum

 Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter

Einverständniserklärung

Ich möchte den Recall-Service Ihrer Praxis in Anspruch nehmen. Bitte erinnern Sie mich in regelmäßigen Abständen

- schriftlich oder
 per E-Mail (Angaben siehe oben)

an einen Nachsorge-Termin zur Untersuchung und/oder Behandlung. Die Teilnahme am Recall kann ich jederzeit widerrufen.

 Ort, Datum

 Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter