

Anamnesebogen

Wir freuen uns, dass Sie gerade unsere Praxis aufgesucht haben. Wir wären Ihnen sehr dankbar, wenn Sie ankreuzen würden, wie Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden sind:

- Kommen Sie auf Empfehlung? Ja Nein
- Kommen Sie über das Internet?
- Was interessiert Sie besonders an unserem Behandlungsspektrum?
- ganzheitliche Zahnmedizin*
 - mikroskopische Wurzelbehandlung*
 - Implantate*
 - Prophylaxe*
 - Parodontologie*
 - Ästhetische Zahnheilkunde*

Sie werden sich wahrscheinlich über unseren ausführlichen Auskunftsbogen wundern und sich fragen, was alle diese Fragen mit Ihrer Zahnbehandlung zu tun haben. Zwischen den Zähnen und dem Körper bestehen intensive Wechselbeziehungen. Akute oder chronische Allgemeinerkrankungen können durch entzündete Zähne entstehen oder verschlimmert werden. Grunderkrankungen können die Wirkung von Medikamenten und örtlichen Betäubungen beeinflussen. Um Sie richtig behandeln zu können, müssen wir also möglichst genau über Ihren Gesundheitszustand informiert sein:

Zahnmedizin heute ist mehr als nur "Zahnreparatur".

Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Angaben unserer ärztlichen Schweigepflicht.

Im Verlauf der Behandlung stellen wir Ihnen Röntgenbilder und sonstige Dokumente digital und Ende-zu-Ende-verschlüsselt zur Verfügung. Dafür setzen wir – wie immer mehr Praxen in Deutschland - auf den modernen Anbieter Lifetime.

Bitte laden Sie sich dafür die kostenlose App für iOS oder Android auf Ihr Smartphone. Nähere Infos zu Lifetime und zur App bekommen Sie auf lifetime.eu oder durch Scannen des QR-Codes.



Ich habe Lifetime geladen und möchte Röntgenbilder darüber erhalten: Ja Nein

Allgemeines

Haben Sie akute oder chronische Gesundheitsprobleme, mit denen Sie während der letzten fünf Jahre in ärztlicher Behandlung oder im Krankenhaus waren?

Um welche Probleme handelt es sich:

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig?

Sind Sie in naturheilkundlicher Behandlung? Ja Nein

Haben Sie eine Allgemein- o. Stoffwechselerkrankung? Ja Nein

Wenn ja, welche :

- Zucker (Diabetes)
- Schilddrüsenüber- o. Unterfunktion
- Creuzfeldt- Jakob Krankheit
- Infektion mit MRSA

Zahnärzte EFK

Kopf/Zähne

- Haben Sie Grauen Star (Glaukom/Augenerkrankung)? Ja Nein
- Haben Sie Migräne oder chronische Kopfschmerzen? Ja Nein
- Haben Sie Muskelschmerzen im Kieferbereich? Ja Nein
- Knirschen Sie mit den Zähnen? Ja Nein
- Macht Ihnen das Probleme? Ja Nein
- Haben Sie das Gefühl, dass Sie gelegentlich unter
Mundgeruch leiden und stört Sie das? Ja Nein
- Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden? Ja Nein

Atemwege/Lunge

- Haben Sie chronische Nasennebenhöhlenentzündung? Ja Nein
- Schnarchen Sie? Ja Nein
- Haben Sie Asthma? Ja Nein
- Rauchen Sie ? Ja Nein
- Wenn JA, wie viele: _____

Urogenitaltrakt

- Haben Sie häufig Harnwegsinfekte? Ja Nein

Knochen/Gelenke

- Hat ein Arzt bei Ihnen Osteoporose festgestellt? Ja Nein
- Haben Sie rheumatische Beschwerden? Ja Nein

Herz/Kreislauf

- Sind Sie herzkrank? Ja Nein
- Wenn ja, Herzrhythmusstörungen Ja Nein
- Herzschrittmacher Ja Nein
- Herzinfarkt/Angina pectoris Ja Nein
- Bypass-Operation Ja Nein
- Herzklappen-Operation Ja Nein
- Haben Sie hohen Blutdruck? Ja Nein
- Haben Sie niedrigen Blutdruck? Ja Nein
- Hatten Sie Kreislaufreaktionen nach Spritzen b. Zahnarzt? Ja Nein
- Blutet es lange, wenn Sie sich verletzen? Ja Nein

Verdauungstrakt

- Haben Sie eine Nierenerkrankung? Ja Nein
- Wenn ja, welche? _____
- Haben Sie eine Lebererkrankung oder eine Hepatitis? Ja Nein
- Wenn ja, welche? _____

Zahnärzte EFK

Sonstiges

Sind Sie gegen bestimmte Medikamente allergisch? _____

Haben Sie weitere Allergien? _____

Besteht bei Ihnen zurzeit eine Schwangerschaft? Ja Nein


Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung? Ja Nein

Sind Sie HIV-positiv? Ja Nein

Bitte beantworten Sie diese Frage unbedingt (gerne auch mündlich im Behandlungszimmer), denn viele therapeutische Maßnahmen sind für Sie im Falle dieser Immunschwäche schädlich und dürfen auf gar keinen Fall angewendet werden!

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____
Geburtsort: _____

 Tagsüber: _____ abends: _____

E-Mail: _____ Beruf: _____

Bitte nennen Sie uns noch Ihre gesetzliche oder private Krankenkasse, damit wir Ihnen beim Umgang mit der "Kassenbürokratie" helfen können.

Kasse Privat Privat (Standardtarif) **Zusatzversichert**
bei: _____

Krankenversicherung (genaue Bezeichnung): _____

Versichert als Mitglied ja nein
Wenn nein, Name des Versicherten: _____ Geb.-Datum: _____

Aus welchen speziellen Gründen suchen Sie uns auf?

Erklärung:

Ich bin einverstanden, dass meine Daten elektronisch gespeichert werden. Mir ist bekannt, dass durch eine zahnärztliche Behandlung meine Verkehrstüchtigkeit / Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt sein kann. Nicht einhaltbare Behandlungstermine werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen. Ansonsten behalten wir uns vor, Ihnen eine Ausfallgebühr in Rechnung zu stellen.

Datum

Unterschrift