Anamnesebogen für Neupatienten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bevor wir Sie zahnmedizinisch untersuchen und betreuen können, benötigen wir einige Informationen von Ihnen. Krankheiten jeglicher Art können Auswirkung auf die zahnärztliche Behandlung haben, daher sind die nachstehenden Fragen mit Sorgfalt zu beantworten. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der Schweigepflicht. Sollten Schwierigkeiten oder Fragen bei der Beantwortung auftreten, so stehen wir Ihnen gerne helfend zur Verfügung.

Angaben zum Patienten / zur Patientin:

Nachname | Vorname | Geburtsdatum | Geburtsort

Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Wohnort

Festnetznummer | Mobilnummer | E-Mail

Angaben zum Mitglied / Zahlungspflichtigen:

Nachname | Vorname | Geburtsdatum

Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Wohnort

Festnetznummer | Mobilnummer | E-Mail

Beruf | Arbeitgeber

Festnetznummer an Ihrem Arbeitsplatz

Versichert bei

☐ Gesetzlich ☐ Privat ☐ Zusatzversichert

☐ Ich möchte, dass mir eine SMS zur Terminerinnerung gesendet wird

☐ Ich bin damit Einverstanden, dass mir eine Geburtstagskarte zugesendet wird

Fragen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand:

1. Leiden oder litten Sie unter einer oder mehreren der folgenden Erkrankungen?

☐ Asthma	☐ Augenerkrankungen	☐ Bluterkrankungen
☐ Diabetes mellitus (Typ I/II)	☐ Schilddrüsenerkrankungen	☐ Lebererkrankungen
☐ Rheuma	☐ Infektionserkrankungen (HIV, TBC, Hepatitis etc.)	
☐ Osteoporose	☐ Neurologische Erkrankungen (Lähmungen, Epilepsie etc.)	
☐ Tinnitus	☐ Herzerkrankungen	☐ Psychische Erkrankung
☐ ADHS/ADS	☐ Angstzuständen	☐ Pflegegradstufe

Hausarzt: _____

Sonstige Erkrankungen: _____

2. Ist Ihr Blutdruck? ☐ Normal ☐ Niedrig ☐ Hoch

3. Haben Sie einen Herzschrittmacher? ☐ Ja ☐ Nein

4. Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente wie ASS, Marcumar, Xarelto etc. ein?

☐ Ja, ich nehme _____ ☐ Nein

5. Sind Ihnen allergische Reaktionen/ Unverträglichkeiten bekannt?

☐ Ja, auf _____ ☐ Nein

Allergiepass vorhanden? ☐ Ja ☐ Nein

6. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche Medikamente? _____

_____

7. Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, warum? _____

8. Liegt eine Einschränkung vor? ☐ Sehkraft ☐ Gehör ☐ Nein

9. Rauchen Sie? ☐ Ja, _____ Zigaretten am Tag, seit _____Jahren ☐ Nein

10. Besitzen Sie einen Röntgenpass? ☐ Ja ☐ Nein

11. <u>Für Frauen:</u>

Besteht eine Schwangerschaft? ☐ Ja, seit:_____ Wochen ☐ Nein

Fragen zu Ihrer Zahngesundheit:

1. Wann fand die letzte zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung statt? _____

2. Hat bereits eine zahnärztliche Röntgenuntersuchung stattgefunden?

☐ Ja, am: _____ bei: _____ ☐ nein

3. Wann fand die letzte professionelle Zahnreinigung statt? _____

4. Welche zahnmedizinischen Behandlungen wurden bereits bei Ihnen durchgeführt?

_____

_____

5. Haben Sie akute Beschwerden an den Zähnen? ☐ Ja ☐ Nein

6. Befinden oder befanden Sie sich in kieferorthopädischer Behandlung?_____

_____

7. Wurden Ihre Weisheitszähne bereits entfernt? ☐ Ja ☐ Nein

8. Neigen Sie zu Zahnfleischblutungen? ☐ Ja ☐ Nein

9. Wie oft putzen Sie Ihre Zähne? ☐ 1x täglich ☐ 2x täglich ☐ 3x täglich

10. Womit putzen Sie Ihre Zähne? ☐ Handzahnbürste ☐ Elektrische Zahnbürste

11. Verwenden Sie Zahnseide oder eine Zahnzwischenraumbürste zur Reinigung Ihrer Zähne?

☐ Ja ☐ Täglich ☐ Gelegentlich ☐ Selten ☐ Nein

Fragen zu Ihrer Ernährung:

1. Ich esse: ☐ Viel ☐ Normal ☐ Unkontrolliert ☐ Wenig

2. Ich esse überwiegend:

☐ Süß ☐ Gemüse ☐ Obst ☐ Fast Food ☐ Gemischt

3. Ich trinke überwiegend:

☐ Wasser ☐ Tee/Kaffee ☐ Säfte ☐ Softdrinks ☐ Milch

4. Konsumieren Sie Alkohol?

☐ Täglich ☐ Gelegentlich ☐ Selten ☐ Nie

Sonstiges:

1. Welche Behandlung wünschen Sie? _____

_____

_____

2. Sollen wir bei Ihrer Behandlung auf etwas besonderes achten? _____

_____

3. Wie sind Sie auf die Forumklinik Dr. Tegtmeier & Partner aufmerksam geworden?

_____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!
Bitte teilen Sie uns mit, wenn sich etwas in Ihrer Anamnese ändert.

Wir sind immer bemüht Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sein sollten.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtig- und Vollständigkeit meiner Angaben.

_____

Datum Ort Unterschrift des Patienten