

LIEBE PATIENTIN, LIEBER PATIENT!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

PERSÖNLICHES

Name / Vorname _____

StraÙe / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Tel. Festnetz _____ Tel. mobil _____

E-Mail _____ Beruf _____

Krankenkasse / private Krankenversicherung _____

gesetzlich versichert ja nein Zusatzversicherung ja nein

privat versichert ja nein beihilfeberechtigt ja nein Basistarif ja nein

WENN SIE NICHT SELBST KRANKENVERSICHERUNGSMITGLIED SIND, WER IST VERSICHERTER?

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

StraÙe / Nr. _____ PLZ / Ort _____

WER IST IHR HAUSARZT?

Name _____ Ort _____

Tel. _____

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.

IN EIGENER SACHE

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

von Bekannten empfohlen Telefon- / Branchenbuch

Überweisung von _____

Internet, über die Seite _____ Sonstiges _____

Möchten Sie von uns per Post, E-Mail oder telefonisch an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnert werden? ja nein

– BITTE WENDEN –

ANAMNESEBOGEN

fax: 02452 66938 · mail: team@zahn-heinsberg.de

WARUM SUCHEN SIE UNS AUF?

Wünschen Sie eine/n

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Routinekontrolle | <input type="checkbox"/> neuen Zahnersatz |
| <input type="checkbox"/> Beratung | <input type="checkbox"/> „zweite Meinung“ |
| <input type="checkbox"/> Schmerzbehandlung | <input type="checkbox"/> andere Gründe: |
-

HABEN SIE AKUTE SCHMERZEN? ja nein

LEIDEN ODER LITTEN SIE AN ERKRANKUNGEN DER / DES ...

- | | |
|--------------------|---|
| Kreislaufs | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Leber | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Nieren | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Schilddrüse | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Magen-Darm-Traktes | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Gelenke (Rheuma) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Wirbelsäule | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

HABEN ODER HATTEN SIE ...

- | | |
|---|---|
| hohen Blutdruck | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| niedrigen Blutdruck | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Zahnfleischbluten | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Ohrensausen / Tinnitus | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Osteoporose | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Epilepsie | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Grünen Star | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Tuberkulose | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| HIV (Aids) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Hepatitis | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| eine Gelenkprothese
<small>(z. B. künstliches Knie- oder Hüftgelenk)</small> | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Wenn ja, wo genau? _____

HABEN SIE ALLERGIEN? ja nein

Wenn ja, welche? _____

SONSTIGE INFEKTIONEN / ERKRANKUNGEN:

ZU IHREM HERZEN: HABEN ODER HATTEN SIE...

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Stents | <input type="checkbox"/> Bypass |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt |
| <input type="checkbox"/> Herzklappenentzündung | <input type="checkbox"/> künstliche Herzklappe |
| <input type="checkbox"/> Angina Pectoris | <input type="checkbox"/> _____ |

MEDIKAMENTE: NEHMEN SIE ...

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Herzmedikamente | <input type="checkbox"/> Cortison (Kortikoide) |
| <input type="checkbox"/> Schmerzmittel | <input type="checkbox"/> Antidepressiva |
| <input type="checkbox"/> blutverdünnende Medikamente, z. B. Marcumar®, ASS? | |
| <input type="checkbox"/> andere Medikamente: | _____ |

NEHMEN SIE MEDIKAMENTE ZUR KNOCHENSTÄRKUNG, SOGENANNT E BISPHOSPHONATE, ...

... oder ähnliche? ja nein

Wenn ja, welche & wie? Spritze Infusion Tablette

SIND BEI IHNEN JEMALS UNVERTRÄGLICHKEITEN GEGEN MEDIKAMENTE / SPRITZEN AUFGETRETEN?

Wenn ja, gegen welche? ja nein

FÜR UNSERE PATIENTINNEN

Sind Sie schwanger? ja nein

Wenn ja, in welcher Woche? _____

ZUM SCHLUSS

Knirschen Sie mit den Zähnen? ja nein

Rauchen Sie? ja nein

FRAGEN / ANMERKUNGEN:

Datum

Unterschrift

Ihre Angaben werden von uns elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht