

Anamnesebogen

Dr. U. Schladebach MSc.
Dr. J. Kersken
Dr. J.-K. Hüttemann MSc.
Dr. C. Nolte
ZA Alan Florek

Mersinweg 26
33100 Paderborn
T. 05251 644 00
F. 05251 660 60
info@zm-z.de

Herzlich Willkommen!



Liebe Patient:innen,

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. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht unserer Praxis. **Mit (*) gekennzeichnete Angaben sind freiwillig.**

PERSÖNLICHES

Name / Vorname

Geburtsdatum

Straße / Nr.

PLZ / Ort

Tel. privat

Tel. mobil*

E-Mail*

Beruf*

Krankenkasse

Pflegestufe

Sind Sie privatversichert? ja nein **Basistarif?** ja nein **Zusatzversicherung?** ja nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name / Vorname

Geburtsdatum

Sind Sie beihilfeberechtigt? ja nein

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name / Vorname

Ort

Tel.

In eigener Sache*

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- von Bekannten empfohlen Telefon-/Branchenbuch Internet, über die Seite _____
 Überweisung von _____ Sonstiges _____

Falls wir empfohlen wurden, haben Sie sich im Vorfeld unseren Internetauftritt angeschaut? ja nein

Möchten Sie von uns an Ihre halbjährliche Vorsorgeuntersuchung erinnert werden? ja nein

Wenn ja, wie? per Telefon per Post per E-Mail per SMS

Hinweise zur Organisation

Hochwertige Qualität ist nur ohne Zeitdruck möglich. Wir bitten Sie daher, Termine, die Sie nicht einhalten können, mindestens 48 Stunden vorher abzusagen, damit wir diese an andere Patienten vergeben können. Wir behalten uns vor, im Falle einer wiederholten, kurzfristigen Terminabsage eine Verweilgebühr zu berechnen.

BITTE WENDEN

Warum suchen Sie uns auf?

- Routinekontrolle neuen Zahnersatz
 - Beratung „zweite Meinung“
 - Schmerzbehandlung andere Gründe:
-

Haben Sie akute Schmerzen? ja nein

Wenn ja, wie äußern sich diese?

- Dauerschmerz
- Zähne reagieren auf süß / sauer
- Manche Zähne sind temperaturempfindlich
- Zähne schmerzen bei Belastung oder Kauen
- Zähne schmerzen auch ohne Belastung
- Schmerzen oder Entzündungen am Zahnfleisch
- Kiefer-/ Kiefergelenkschmerzen

Leiden od. litten Sie an Erkrankungen der/des ...

- Herzens oder Kreislaufs ja nein
- Leber ja nein
- Nieren ja nein
- Schilddrüse ja nein
- Lunge (Asthma, COPD, ...) ja nein
- Magen-Darm-Traktes ja nein
- Gelenke (Rheuma) ja nein
- Ohrensausen / Tinnitus ja nein
- Wirbelsäule ja nein

Haben oder hatten Sie ...

- Hohen oder niedrigen Blutdruck ja nein
 - Wenn ja, welche Werte? _____
 - Diabetes ja nein
 - Osteoporose ja nein
 - Zahnfleischbluten ja nein
 - Epilepsie ja nein
 - Grünen oder Grauen Star ja nein
 - Tuberkulose ja nein
 - HIV (Aids) ja nein
 - Blutgerinnungsstörungen ja nein
 - Hepatitis ja nein
 - Wenn ja, welcher Typ? _____
 - Allergien ja nein
 - Wenn ja, wogegen? _____
 - Künstliche Gelenke? ja nein
 - Sonstige Infektionen / Erkrankungen:
-

Zu Ihrem Herzen - Haben od. hatten Sie ...

- eine Herzklappenentzündung Angina Pectoris
- einen Herzschrittmacher
- Wenn ja, wann? _____
- einen Herzinfarkt, wenn ja, wann? _____

Medikamente - Nehmen Sie ...

- Herzmedikamente Cortison (Kortikoide)
 - Schmerzmittel Antidepressiva
 - blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar, ASS?
 - Injektionen / Infusionen / Bisphosphonate
 - andere Medikamente / ggf. Medikamentenplan
-

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten?

- ja nein
 - Wenn ja, gegen welche? _____
-

Für unsere Patientinnen

- Sind Sie schwanger? ja nein ungewiss
- Wenn ja, in welcher Woche? _____
- Wegen des Mutterschutzes bitten wir Sie um sofortige Mitteilung, wenn während des Behandlungszeitraumes eine Schwangerschaft eintritt!

zum Schluss

- Knirschen Sie mit den Zähnen? ja nein
- Fühlen Sie sich psychisch stark belastet? ja nein
- Rauchen Sie? ja nein
- Verspüren Sie einen Metallgeschmack? ja nein
- Sind Ihnen Geräusche im Kiefergelenk aufgefallen (z. B. beim Gähnen oder Kauen)? ja nein
- Leiden Sie unter ...
- schlechtem Atem? ja nein
- Zahnfleischrückgang? ja nein
- Kopf- oder Nackenschmerzen? ja nein

Sind Sie mit der Farbe und der Form Ihrer Zähne - kurz: mit Ihrem Lächeln - zufrieden? ja nein

Fragen / Anmerkungen _____

Datum, Unterschrift