

ZAHNARZTPRAXIS NICOLE SCHMIDT & TEAM

Anamnesebogen

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit

(Bitte vor der Behandlung ausfüllen und an der Rezeption abgeben!)

Name: Vorname:

Geburtsdatum: Geburtsort:

Hauptversicherte/r: geb.:

Anschrift:.....

Telefon privat:

Mobil: E-Mail:

Arbeitgeber (freiwillige Angabe):

Krankenkasse/-versicherung:

gesetzlich versichert freiwillig privat Basistarif Ja
 Zahnzusatzversicherung Nein

Hausarzt (Name, Anschrift, Telefon):

Empfohlen bzw. überwiesen durch:

Letzte Röntgenuntersuchung im Mund-Kieferbereich (Wann?):

Röntgennachweisheft vorhanden: Ja Nein

Termine, die ausschließlich für mich reserviert sind und die ich nicht einhalten kann oder will, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da mir sonst die entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden.

Das gilt nicht bei nachweislich schuldlos unterbliebener Absage.

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

Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben.

Bitte wenden

	Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?	Ja	Nein		Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?	ja	nein
1	Allergien (welche)			14	Künstliche Gelenke? Wenn ja, wo?		
1.1	Haben Sie einen Allergiepass?			15	Tumorerkrankungen , wenn ja welche + wann		
2	Anfallsleiden (Epilepsie)			15.1	Hatten Sie eine Strahlenbehandlung im Kopf oder Halsbereich?		
3	Atemwegserkrankungen (welche) z.B. Asthma, COPD			15.2	Hatten Sie eine medikamentöse Behandlung oder Knochenmarktransplantation		
4	Blutgerinnungsstörung			16	Magen-Darm-Erkrankungen , wenn ja welche?		
5	Hämatologische Erkrankungen (Erkrankungen blutbildender Organe), welche?			17	Haben sie hormonelle Probleme? wenn ja welche?		
6	Herz-Kreislauf-Erkrankungen			18	Rheumatische Arthritis		
6.1	Herzinfarkt? wenn ja, wann?			19	Schilddrüsenerkrankungen , wenn ja welche?		
6.2	Herzschrittmacher			20	Sind sie schwanger (Frauen)		
6.3	Bluthochdruck (Hypertonie) Wie hoch?			21	Atemnot (Hyperventilation) durch Aufregung ausgelöst?		
6.4	Schlaganfall? wenn ja, wann?			22	Traten Komplikationen bei zahnärztlichen Behandlungen auf?		
6.5	Herzmuskelschwäche?			22	Ohnmacht bei zahnmedizinischen Eingriffen?		
6.6	Schmerzen im Brustbereich bei Belastung (Angina pectoris)?			24	Rauchen Sie? Wieviele Zigaretten pro Tag? Nichtraucher seit wann?		
6.7	Herzgeräusch, Herzklappenfehler Oder künstliche Herzklappe? Wenn ja, seit wann?			25	Beobachten Sie Press-und Knirschgewohnheiten und/oder eine „angespannte Kaumuskulatur“?		
6.8	Rheumatische Herzerkrankungen z.B. Myokarditis, Endokarditis? Wenn ja, welche und seit wann?			26	Haben Sie Schmerzen und/oder Beschwerden im Bereich der Kiefergelenke oder des Kopfes		
6.9	Benötigen Sie eine Antibiotika-Prophylaxe vor zahnärztlichen Eingriffen?			27	Haben Sie einen Pflegegrad? bitte Nachweis vorlegen		
7	Diabetes Wie hoch ist der aktuelle HbA1c Wert?			28	Wie beurteilen Sie Ihren derzeitigen Stresslevel (1-10)		
8	Glaukom (erhöhter Augendruck)			29	Zu welchen Themen wünschen Sie eine spezielle Beratung?		
9	Infektionskrankheiten (Hepatitis, Tbc, HIV+, Aids usw.) Welche?			30	Nehmen Sie Medikamente? Wenn ja, bitte Kopie Medikamentenplan		
10	Lebererkrankungen , wenn ja welche?			30.1	Medikamente:		
11	Nierenerkrankungen , wenn ja welche? Werden Sie dialysiert?						
12	Osteoporose						
13	Einnahme von Medikamenten gegen Knochenstoffwechselstörungen (sog. Bisphosphonate)						

Datum

Unterschrift