



Anamnesebogen

Nachname, Vorname (Patient)

Geburtsdatum, Geschlecht: m w

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Geburtsort (die Röntgenverordnung verlangt diese Information)

Telefon (privat / mobil)

Telefon (geschäftlich)

E-Mail (bitte in Blockschrift)

Beruf

Name der Krankenkasse / Versicherung

- Gesetzlich versichert
 bestehende Zahnzusatzversicherung; Name: _____ Tarif: _____
 Privat versichert beihilfeberechtigt

besteht eine rechtliche Betreuung; Name Betreuer/in _____

besteht eine Vorsorgevollmacht; Name Bevollmächtigte/r _____

besteht ein Pflegegrad oder Eingliederungshilfe; Pflegegrad: ____; Bescheid vorhanden: _____

Überweisender Arzt - Name, Adresse, Telefon

Hausarzt - Name, Adresse, Telefon

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? (Empfehlung, Google, Jameda, Facebook/Instagram)

Wünsche/Erwartungen (freiwillige Angabe):

Für Mitversicherte:

Nachname, Vorname (Hauptversicherter)

Geburtsdatum, Geschlecht: m w

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig:

Datum

Erziehungsberechtigter



Zu Ihrer eigenen Sicherheit möchten wir Sie bitten die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich zu beantworten (bitte weitere Seiten beachten):

Gesundheitszustand	Bitte ankreuzen	Zusätzliche Informationen
--------------------	-----------------	---------------------------

5 Allergien / Unverträglichkeiten (Allergiepass benötigt):

Lokalanästhetika nein ja _____

Schmerzmittel nein ja _____

Antibiotika nein ja _____

6 Amalgam (Bestandteil: Quecksilber, Zinn, Silber, Kupfer, Indium, Zink) nein ja _____

Andere: _____

5 Infektionserkrankungen:

HIV nein ja _____

Hepatitis nein ja _____

Tuberkulose nein ja _____

Andere: _____

Herz-Kreislauf-Erkrankungen:

Niedriger Blutdruck (Hypotonie) nein ja _____

Herzklappenerkrankung/-defekt nein ja _____

Herzerkrankung nein ja _____

Herzoperation nein ja _____

Herzschrittmacher nein ja _____

Blutverdünner (Bsp. ASS, Marcumar) nein ja _____

Besitzen Sie ggf. einen „Ausweis für orale Antikoagulation“/„Antikoagulantienbehdg.“ nein ja _____

Weiteres: _____

Weitere Erkrankungen:

Lungenerkrankung nein ja _____

Rheuma nein ja _____

6 Nierenfunktionsstörung nein ja _____

Lebererkrankung nein ja _____

Ohnmachtsneigung nein ja _____

Weiteres: _____

Allgemeine Angaben:

Drogenkonsum nein ja _____

Alkoholgenuss nein ja wenn ja, selten oft regelmäßig _____

Raucher nein ja wenn ja, 0-10 über 10 Zig./Tag _____

Frühere Röntgenuntersuchungen nein ja wenn ja, Datum: _____

im Kopf-/Halsbereich _____

Schwangerschaft nein ja wenn ja, welcher Monat: _____

Künstliche Gelenke nein ja wenn ja, seit wann? _____

Regelmäßige Medikamente nein ja wenn ja, seit wann / Name: _____

Zahnmedizinische Angaben:

Wann waren Sie das letzte Mal beim Zahnarzt? _____

Wie oft putzen Sie sich am Tag die Zähne? Verwenden Sie Zahnseide? _____

Pressen Sie die Zähne aufeinander oder Knirschen Sie? nein ja _____

Kiefergelenkschmerzen? nein ja _____

Häufig Kopfschmerzen? nein ja _____

Muskuläres Spannungsgefühl im Mund-Kieferbereich nein ja _____



- Kauen Sie hauptsächlich auf einer Seite? nein ja _____
- Mundtrockenheit nein ja _____
- Zahnfleischbluten/ -schmerzen nein ja _____
- Mundgeruch nein ja _____

Was ist Ihnen bei Zahnersatz wichtig? Funktion Ästhetik beides gleich wichtig

Wünschen Sie Informationen zu (bitte ankreuzen):

- langfristigen Zahnerhalt Zahnästhetik (Farb-, Stellungs-, Formveränderung der Zähne)
- Amalgamsanierung Begradigung von Zähnen mit Zahnschienen
- feste Zähne mit Implantaten Schnarchtherapie mittels Schnarcherschienen
- unserem Kindermundhygieneprogramm

Weitere Informationen:

- Angstpatient nein ja
- Über 60 Jahre nein ja
- Blutdruck <140/90 140-159/90-95 160-199/95-114 >200/114
- Epilepsie nein korrekt eingestellt
 mehrere Anfälle pro Jahr unkontrolliert
- Asthma nein korrekt eingestellt
 Asthma (ausgelöst durch Stress oder körperliche Anstrengung)
- Schilddrüsenerkrankung nein Über-/ Unterfunktion, stabil
 systemische Schilddrüsenerkrankung
- Diabetes nein ja HbA1c < 7% ≥7% Glucosewert:
 Insulinabhängig mit Komplikation der Gefäße
- Herzmuskelinfarkt nein >6 Monate, keine akute Komplikation <6 Monate
- Angina pectoris nein stabil instabil
- Schlaganfall nein >6 Monate, keine akute Komplikation <6 Monate
- Herzinsuffizienz nein mit Atemnot Bedarf Sauerstoff
- Herzrhythmusstörung nein ja(unkontrolliert)
- Emphysem, chronische Bronchitis nein ja
- Blutgerinnungsstörung nein ja Quick-Wert: INR-Wert:
- Bisphosphonattherapie nein ja Tabletten: intravenös
- Immunsuppression nein „low-dose“ Steroid-Therapie zytotoxische Medikation
- Kopfbestrahlung nach Tumor nein ja Gy:___ Zeitraum:___Monate

Wichtige Informationen:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu. Außerdem erkläre ich mich einverstanden, dass meine Daten inkl. Röntgenbilder und Fotografien bei Bedarf an medizinische Kollegen weitergeleitet werden dürfen.

Zur Sicherstellung Ihrer Zahngesundheit und um Ihnen evtl. Schmerzen, wie auch einen Verlust des Krankenkassenzuschusses zu ersparen, werden wir Sie per E-Mail an Ihre Kontroll- und Behandlungstermine erinnern. Sollten Sie dies ausdrücklich nicht wünschen, dann sagen Sie uns bitte Bescheid.

Anästhesieaufklärung: Im Laufe der Behandlung besteht die Möglichkeit einer örtlichen Betäubung (Leitungs-/ oder Infiltrationsanästhesie). Spezielle Risiken sind: Gefäßreizung, Bluterguss, allergische Reaktion, Nervschäden. Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit beeinträchtigt sein kann. Bestehen diesbezüglich Unklarheiten, zögern Sie nicht uns zu fragen.

Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie diesen bitte **mind. 24h** vor dem vereinbarten Termin ab, da wir uns ansonsten das Recht vorbehalten einen Honorarausfall bis zu **200€** in Rechnung zu stellen.

Datum

Patient/Erziehungsberechtigter