

## ANAMNESEBOGEN ERWACHSENE

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung, denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

### Patientendaten

Name des Patienten: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_  
 Geburtsort: \_\_\_\_\_  
 Strasse / Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_  
 Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_  
 Telefon Büro: \_\_\_\_\_ E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_  
 Beruf: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_  
 Pflegegrad oder Eingliederungshilfe? \_\_\_\_\_  
 Name der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

### Bei einer gesetzlichen Kasse bitte angeben:

Pflichtversichert ja  nein  Freiwillig versichert ja  nein  private Zusatzversicherung ja  nein   
 Haben Sie Kostenerstattung gewählt? ja  nein

### Bei einer Privatversicherung bitte angeben:

Standardtarif ja  nein  Basistarif ja  nein  Studentisch versichert ja  nein   
 Beihilfeberechtigt ja  nein

### Versichertendaten (sofern von den Patientendaten abweichend)

Rechnung an Patienten oder Versicherten: Patient  Versicherten   
 Name des Versicherten: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_  
 Strasse / Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_  
 Wer ist Ihr Hausarzt: \_\_\_\_\_

### Ihr persönlicher Gesundheitscheck

Herzerkrankung	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Herzschrittmacher / künstl. Herzklappen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Hoher Blutdruck	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Ohnmachtsneigung	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Niederer Blutdruck	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Marcumar / Gerinnungshemmer	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Blutungsneigung / Bluterkrankung	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Rheuma	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Diabetes	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankung	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Lebererkrankung (Hepatitis)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Magen- / Darmerkrankung	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Lungenerkrankung/Asthma	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Nasen- / Nebenhöhlenerkrankungen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Epilepsie	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Knochenerkrankungen (Osteoporose/Tumore)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	AIDS/HIV-positiv	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	(trockene) Alkoholkrankheit	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Haben Sie eine sonstige schwere Erkrankung? ja  nein

Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

Hatten Sie Operationen im Mund-,Kiefer-, Gesichtsbereich? ja  nein

Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

Leiden Sie an Allergien? ja  nein

Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

Welche Medikamente nehmen Sie regelmässig ein? \_\_\_\_\_

Reagieren Sie bei bestimmten Medikamenten empfindlich? ja  nein

Wenn ja, bei welchen? \_\_\_\_\_

Sind Sie Raucher? ja  nein

Wenn ja, wieviele Zigaretten täglich? \_\_\_\_\_

Für unsere Patientinnen: sind Sie schwanger? ja  nein

Wenn ja, in welchem Monat? \_\_\_\_\_

#### Grund Ihres Besuchs

Kontrolluntersuchung	<input type="checkbox"/>	Zahnschmerzen	<input type="checkbox"/>
Zahnfleischbluten	<input type="checkbox"/>	Migräne / Kopf / Nackenschmerzen	<input type="checkbox"/>
Kiefergelenksbeschwerden	<input type="checkbox"/>	Knirschen	<input type="checkbox"/>
Mundgeruch	<input type="checkbox"/>	Wünschen Sie nur eine Schmerzbehandlung?	<input type="checkbox"/>

Sonstiges: \_\_\_\_\_

#### Sie sind uns wichtig

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen? \_\_\_\_\_

Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen? ja  nein  Starke Schmerzempfindlichkeit? ja  nein

Starker Würgereiz ja  nein

Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch am meisten vermisst? \_\_\_\_\_

Durch wen wurden wir Ihnen empfohlen? \_\_\_\_\_

#### Beratungswunsch

Professionelle Zahnreinigung	<input type="checkbox"/>	Zahnfarbene Keramikfüllungen	<input type="checkbox"/>
Ernährungsfragen	<input type="checkbox"/>	Sonstiges _____	

#### Hinweis in eigener Sache:

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung.

Wir führen eine Praxis mit Bestellsystem. Wenn Sie einen Termin nicht wahr nehmen können, bitte sagen Sie ihn rechtzeitig (mindestens 24 Stunden vorher) ab. Wir weisen in diesem Zuge darauf hin, dass unentschuldig versäumte Termine in Rechnung gestellt werden können.

**Herzlichen Dank!**

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_