

ANAMNESEBOGEN

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. 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.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Ihr Praxisteam der Zahnarztpraxis Stenzel



INFORMATIONEN ZUM PATIENTEN

Name, Vorname:			
Geschlecht:	<input type="radio"/> männlich	<input type="radio"/> weiblich	<input type="radio"/> inter/divers
Alter:			
Adresse:			(Strasse, Nr.)
			(PLZ, Ort)
Telefon/Mobiltelefon:			



IHR WEG ZU UNS?

Persönliche Empfehlung	<input type="radio"/>
Überweisender Arzt	<input type="radio"/>
Internet	<input type="radio"/>
Facebook	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>

INFORMATIONEN ZUR VERSICHERUNG

Versicherung	<input type="radio"/> Gesetzlich	<input type="radio"/> Privat	<input type="radio"/> Beihilfe	<input type="radio"/> PKV-Basistarif
	(Name der Vers.)			

ALLGEMEINANAMNESE

Frage:	Grund:
Warum Besuchen Sie die Zahnarztpraxis?	
Waren Sie bereits häufiger in unserer Praxis?	
Wurde Ihre letzte Behandlung durch uns zu Ende geführt?	
Sind Sie wegen einer neuen Erkrankung in unserer Praxis?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> _____
Nehmen Sie zusätzlich Fluor-Tabletten/-Salz?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

AKTUELLE ANAMNESE (AA)

	Ja	Nein	Grund:
Ich bin derzeit in ärztlicher Behandlung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wegen...
Ich nehme regelmäßig <u>Medikamente</u> ein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	welche...
Ich habe <u>Allergien</u> / Überempfindlichkeiten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	gegen... <input type="radio"/> Antibiotika <input type="radio"/> Latex <input type="radio"/> Nickel <input type="radio"/> _____
Ich leide an Allgemeinerkrankungen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	welche...
Ich leide an Infektionskrankheiten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	welche... <input type="radio"/> Hepatitis <input type="radio"/> HIV <input type="radio"/> TBC <input type="radio"/> _____
Ich bin in orthopädischer Behandlung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wegen... <input type="radio"/> Schuheinlage <input type="radio"/> _____
Ich bin / war in logopädischer Behandlung (Sprachtherapie, Schlucktherapie).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(Name)

ANAMNESE (VE/FA)

	Ja	Nein	Grund:
Ich bin / war in kieferorthopädischer Behandlung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wegen...
Ich habe folgende Angewohnheiten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	welche... <input type="radio"/> Knirschen <input type="radio"/> Schnarchen
Ich habe Verwandte mit ähnlichen Zahn-/Kieferfehlstellungen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	welche... <input type="radio"/> Geschwister <input type="radio"/> Eltern <input type="radio"/> Großeltern
Ich bin vor kurzem im Kopf-/Halsbereich geröntgt worden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wegen... <input type="radio"/> Zähne <input type="radio"/> Kopf <input type="radio"/> Hals <input type="radio"/> _____
Ich hatte einen Unfall mit Folgen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	welche... <input type="radio"/> Kieferbruch <input type="radio"/> Schädelbruch <input type="radio"/> _____
Wo haben Sie Schmerzen?			

< MEDIKAMENTE/ DROGEN (MED)

Name	Dosis	seit...

< ERKRANKUNGEN

Asthma	<input type="radio"/>
Diabetes	<input type="radio"/>
Rheuma	<input type="radio"/>
Herzerkrankung	<input type="radio"/>
Blutgerinnungsstörung	<input type="radio"/>
_____	<input type="radio"/>

< ANGEWOHNHEITEN

Lippenbeißen	<input type="radio"/>
Lippensaugen	<input type="radio"/>
Lippenlecken	<input type="radio"/>
Nägelkauen	<input type="radio"/>
Bleistiftkauen	<input type="radio"/>
_____	<input type="radio"/>

Ort, Datum _____,

Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter _____