Anamnesebogen

Matthias Mergner M.Sc.
Praxis für biologische ZahnMedizin

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.
Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, uns diesen Erhebungsbogen **leserlich** auszufüllen.
Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt!
Bitte beachten Sie, dass unsere Behandlungsstühle nur bis zu einem Maximalgewicht von 135 kg ausgelegt sind, bei höherer Belastung erfolgt die Benutzung auf eigene Gefahr!

Persönliches

Name/Vorname _____ Geburtstag _____

Straße/Nr. _____ PLZ/Ort _____

Tel. Festnetz _____ Tel. Mobil _____

E-Mail _____ Beruf _____

Krankenkasse/Versicherung _____ Zusatzversicherung ○ ja ○ nein _____

Falls Sie **privat** versichert sind: sind Sie beihilfeberechtigt? ○ ja ○ nein
Haben Sie **reduzierte** Versicherungsleistungen **(BASISTARIF)** ○ ja ○ nein

Sind Sie **familienversichert**? Wenn ja, über wen?

Name/Vorname _____ Geburtstag _____

Straße/Nr. _____ PLZ/Ort _____

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name, Anschrift, Tel.-Nr. _____

Pflegegrad

Beziehen Sie Leistungen gemäß § 15 SGB XI (Pflegegrad 1-5) oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII?
○ ja ○ nein

Hinweise zur Organisation

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte sagen Sie ihn mindestens 48 Stunden vorher ab.

In eigener Sache…

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?
○ von Bekannten empfohlen ○ Telefon- / Branchenbuch ○ Zeitungsanzeige
○ Überweisung ○ Internet / Suchmaschine ○ Sonstiges

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

Möchten Sie von uns kostenfrei per Postkarte/E-Mail an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnert werden?
Ja, per ○ Postkarte ○ E-Mail ○ nein

bitte wenden ⇨

Ihr Lächeln

Sind Sie zufrieden mit…?

Ihrer Zahnfarbe ○ ja ○ nein
Ihrer Zahnstellung ○ ja ○ nein

Möchten Sie …?

Eine Zahnaufhellung ○ ja ○ nein
Eine Korrektur Ihrer Zahnstellung ○ ja ○ nein

Haben Sie …?
Infektionen/Erkrankungen:

○ Hohen Blutdruck
○ Niedrigen Blutdruck
○ grauer/grüner Star
○ Diabetes
○ Zahnfleischbluten

○ Mundgeruch
○ Ohrensausen/Tinnitus
○ Mundtrockenheit
○ HIV (Aids)
○ Keuchhusten

○ Tuberkulose
○ Hepatitis
- Wenn ja, welcher Typ? ○ A ○ B ○ C

Zu Ihrem Herzen:
Haben oder hatten Sie…?

○ einen Herzschrittmacher
eine schwerwiegende Herzerkrankung?
○ Ja ○ Nein
- Wenn ja, welche?

An unsere Patientinnen:

Sind Sie schwanger? ○ ja ○ nein
Wenn ja, wann ist Ihr Entbindungs-Termin?

Biologische Zahnmedizin (s. Beiblatt)

Wären Sie an einer biologischen, Testung interessiert, mit deren Hilfe wir Unverträglichkeiten Ihres Körpers auffinden und die für Sie am besten geeigneten Füllungs- u. Zahnersatzmaterialien bestimmen können?
○ ja ○ nein

... zum Schluss

Knirschen Sie mit den Zähnen? ○ ja ○ nein
Rauchen Sie? ○ ja ○ nein

Leiden Sie an Erkrankungen der/des…?

Herzens oder Kreislaufs	○ ja	○ nein
Leber	○ ja	○ nein
Nieren	○ ja	○ nein
Schilddrüse	○ ja	○ nein
Magen-Darm-Traktes	○ ja	○ nein
Gelenke (Rheuma)	○ ja	○ nein
Wirbelsäule	○ ja	○ nein

Haben oder hatten Sie eine Krebserkrankung?

○ Ja ○ Nein
- Wenn ja, wann und welche Art?

Sonstige Erkrankungen z.B. Schlaganfall:

Allergien (bitte Allergiepass vorlegen):

Medikamente – Nehmen Sie ...?

○ Herzmedikamente ○ Cortison
○ Schmerzmittel ○ Antidepressiva
○ Blut verdünnende Medikamente, z. B. Marcumar, ASS?
○ Bisphosphonattherapie
○ andere Medikamente:

Unverträglichkeiten:

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten?
○ ja ○ nein
- Wenn ja, gegen welche?

Wichtiger Hinweis:

Falls Sie einen vereinbarten Termin unentschuldigt nicht wahrnehmen bzw. diesen nicht spätestens 48 Stunden vor der geplanten Behandlung abgesagt haben, müssen wir eine Ausfallpauschale in Höhe von 450,00 € pro eingeplanter Stunde in Rechnung stellen.

Hiermit bestätige ich, dass meine Daten zu medizinischen/zahnmedizinischen Zwecken an berechtigte Dritte (Labor, mitbehandelnde Ärzte/Zahnärzte) weitergegeben werden dürfen, sofern dies für meine weitere Behandlung notwendig ist. Des Weiteren versichere ich, wahrheitsgemäße Angaben gemacht und alle Punkte dieses Fragebogens verstanden zu haben.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift Patient(in)