

# 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. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Daher bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

## Persönliches

|                                    |                      |             |                      |
|------------------------------------|----------------------|-------------|----------------------|
| Name, Vorname                      | <input type="text"/> | Geburtstag  | <input type="text"/> |
| Straße, Nr.                        | <input type="text"/> | Geburtsort  | <input type="text"/> |
| PLZ, Ort                           | <input type="text"/> | Geburtsname | <input type="text"/> |
| Tel. Privat                        | <input type="text"/> | Tel. Mobil  | <input type="text"/> |
| E-Mail                             | <input type="text"/> |             |                      |
| Beruf                              | <input type="text"/> |             |                      |
| Krankenkasse / Krankenversicherung | <input type="text"/> |             |                      |

## Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

|               |                      |            |                      |
|---------------|----------------------|------------|----------------------|
| Name, Vorname | <input type="text"/> | Geburtstag | <input type="text"/> |
| Straße, Nr.   | <input type="text"/> | Geburtsort | <input type="text"/> |
| PLZ, Ort      | <input type="text"/> |            |                      |

## Wer ist Ihr Hausarzt?

|      |                      |      |                      |
|------|----------------------|------|----------------------|
| Name | <input type="text"/> |      |                      |
| Ort  | <input type="text"/> | Tel. | <input type="text"/> |

## In eigener Sache – wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlungen     Telefon-/ Branchenbuch     Internet     Sonstiges

## Möchten Sie von uns an Ihre zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung erinnert werden?

Wenn ja, wie?     per Telefon / SMS     per Post     per Mail

## Dürfen wir Ihnen Informationen / Einladungen zu Veranstaltungen in unserer Praxis zuschicken?

Wenn ja, wie?     per Telefon / SMS     per Post     per Mail

Haben Sie akute Schmerzen?  ja  nein

Wenn ja, wie äußern sich diese?

- Dauerschmerz  Zähne reagieren auf süß / sauer  manche Zähne sind temperaturempfindlich  
 Zähne schmerzen bei Belastung, beim Kauen, ohne Belastung  Schmerzen oder Entzündungen am Zahnfleisch  
 Kiefer-/ Kiefergelenkschmerzen  Knirschen  chronische Schmerzen im Mund-Kiefer- und Gesichtsbereich

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der / des ...

- Herzens oder Kreislaufs  Leber  Nieren  Schilddrüse  Magen-Darm-Traktes  Gelenke (Rheuma)  
 Ohrensausen / Tinnitus  Wirbelsäule  sonstige Erkrankungen

Haben oder hatten Sie ...

- Hohen Blutdruck  Niedrigen Blutdruck  Diabetes  Zahnfleischbluten  Blutgerinnungsstörung  
 Epilepsie  Grünen Star (Glaukom)  Schilddrüsenerkrankung  Rheuma  Tuberkulose  HIV (Aids)  
 Hepatitis – wenn ja, welcher Typ?  A  B  C  
 Allergien – wenn ja, wogegen

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie ...

- eine Herzerkrankung, Herzfehler  Herzklappenentzündung, Endokarditis  Herzoperationen  Angina pectoris  
 einen Herzschrittmacher  einen Herzinfarkt

Rauchen Sie?  ja  nein

Medikamente – Nehmen Sie ...

- Herzmedikamente  Cortison (Kortikoide)  Schmerzmittel  Antidepressiva  
 blutverdünnende Medikamente (z.B. Marcumar®, ASS)  
 Bisphosphonate (z.B. Fosamax®, Actonel®), die den Knochenstoffwechsel beeinflussen  
 andere Medikamente

Leiden Sie unter Allergien oder Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen?  ja  nein

Wenn ja gegen welche?

Für unsere Patientinnen – sind Sie schwanger?  ja  nein  SSW

Hinweise zu unserer Praxis

Um Ihnen vor Ihrer Behandlung lange Wartezeiten zu ersparen, arbeiten wir als zahnärztliche Praxis - außer unserer akuten Schmerzprechstunde - ausschließlich nach vorheriger Terminvereinbarung. Dies bedingt jedoch zugleich, dass auch wir für Ihre Behandlung ausreichend Zeit einzuplanen haben. Wir bitten Sie daher, vereinbarte Termine, die von Ihnen nicht eingehalten werden können, spätestens 24 Stunden vor dem Termin abzusagen, um uns die Möglichkeit zu geben, den abgesagten Termin anderen Patienten anzubieten. Bitte haben Sie Verständnis, dass wir im Falle Ihres Nichterscheinens zum Termin - ohne vorherige Terminabsage in der vorgenannten Frist - ein **Ausfallhonorar** in Höhe von 50,00 € pro geplanter Behandlungsstunde abzurechnen haben. Dies gilt selbstverständlich nicht, soweit Sie unverschuldet am Erscheinen zum vereinbarten Termin gehindert sind.

Datum

Unterschrift

Concordiastr. 32  
46049 Oberhausen

Telefon: (0208) 853580  
Telefax: (0208) 853256

www.zahnarztpraxis-gocke.de