Anamnesebogen

K & K Zahnärzte
mundherum gesund®

kuk-zahnarzt.de

Liebe Patientin, lieber Patient,

bevor wir gemeinsam über Ihre zahnmedizinischen Anliegen sprechen, benötigen wir neben Ihren persönlichen Daten auch Informationen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand. Viele Allgemeinerkrankungen können Einfluss auf die Planung und Durchführung Ihrer Behandlung haben.

Wir bitten Sie daher, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird vertraulich behandelt und Ihren persönlichen Unterlagen beigefügt. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

Name / Vorname

Geburtsdatum | Beruf

Straße / Hausnr. | PLZ / Ort

Tel. privat | Tel. mobil

E-Mail | Hausarzt

Haben Sie einen Pflegegrad? ◯ ja ◯ nein **Wenn ja, welchen?**

Wie sind Sie versichert?
◯ gesetzlich ◯ privat

Name Ihrer Versicherung:

Haben Sie eine Zusatzversicherung?
◯ ja ◯ nein

Name Ihrer Zusatzversicherung:

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name / Vorname | Straße / Hausnr.

Geburtsdatum | PLZ / Ort

Hinweise zur Organisation
Bitte informieren Sie uns mindestens 24 Stunden vorher, wenn Sie einen Termin nicht wahrnehmen können.
Dadurch können wir kurzfristig notwendige Schmerzbehandlungen einschieben. Bitte beachten Sie, dass durch nicht abgesagte Termine oder unentschuldigtes Fernbleiben entstandene Kosten in Rechnung gestellt werden können (Gerichtsurteil des AG Fulda vom 16.05.2002, AZ 34.C120/02/D).

Falls Sie gesetzlich versichert sind, denken Sie bitte bei jedem Besuch an Ihre Krankenversichertenkarte. Liegt uns diese nicht vor, müssen wir die Behandlung – wie bei Privatpatienten – privat in Rechnung stellen. Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

◯ Zur Kenntnis genommen

In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

◯ von Bekannten empfohlen ◯ Telefon- / Branchenbuch ◯ Zeitungsanzeige

◯ Überweisung von

◯ Internet, über die Seite | ◯ sonstiges

Falls wir empfohlen wurden, haben Sie sich im Vorfeld auf unserer Website über uns informiert? ◯ ja ◯ nein

Möchten Sie von uns per Post, E-Mail oder telefonisch an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnert werden? ◯ ja ◯ nein

Bitte wenden »

Anamnesebogen

K & K Zahnärzte
mundherum gesund®
kuk-zahnarzt.de

Warum suchen Sie uns auf? Wünschen Sie eine/n

- ◯ Routinekontrolle
- ◯ neuen Zahnersatz
- ◯ Schmerzbehandlung
- ◯ Beratung
- ◯ „zweite Meinung"
- ◯ andere Gründe:

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 oder Kauen
- ◯ Zähne schmerzen auch ohne Belastung
- ◯ Schmerzen oder Entzündungen am Zahnfleisch
- ◯ Kieferschmerzen / Kiefergelenkschmerzen

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie

- ◯ eine Herzklappenentzündung
- ◯ Angina Pectoris
- ◯ einen Herzschrittmacher
- ◯ einen Herzinfarkt

Medikamente: Nehmen Sie

- ◯ Herzmedikamente
- ◯ Cortison (Kortikoide)
- ◯ Schmerzmittel
- ◯ Antidepressiva
- ◯ Blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar®, ASS?
- ◯ andere Medikamente:

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der / des

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

Haben oder hatten Sie

hohen Blutdruck	◯ ja	◯ nein
niedrigen Blutdruck	◯ ja	◯ nein
Diabetes	◯ ja	◯ nein
Zahnfleischbluten	◯ ja	◯ nein
Ohrensausen / Tinnitus	◯ ja	◯ nein
Epilepsie	◯ ja	◯ nein
grüner Star	◯ ja	◯ nein
Tuberkulose	◯ ja	◯ nein
HIV (Aids)	◯ ja	◯ nein
Hepatitis A/B/C	◯ ja	◯ nein
Migräne	◯ ja	◯ nein
Creutzfeldt-Jakob	◯ ja	◯ nein
Allergien	◯ ja	◯ nein

Wenn ja, wogegen?

eine Gelenk- oder Endoprothese (Hüfte, Knie, Bandscheibe...) ◯ ja ◯ nein

Wenn ja, seit wann?

Sonstige Infektionen / Erkrankungen

Unverträglichkeiten

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten? ◯ ja ◯ nein

Wenn ja, gegen welche?

Für unsere Patientinnen

Sind Sie schwanger? ◯ ja ◯ nein

Wenn ja, in welcher Woche?

Zum Schluss

Knirschen Sie mit den Zähnen?	◯ ja	◯ nein
Fühlen Sie sich psychisch stark belastet?	◯ ja	◯ nein
Rauchen Sie?	◯ ja	◯ nein

Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag?

Wie alt ist vorhandener Zahnersatz?
(z.B. Kronen, Brücken, Implantate, Zahnprothesen)

Anmerkungen

Ihre Verkehrstüchtigkeit kann nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen bis zu 24 Stunden eingeschränkt sein. Auf Wunsch organisieren wir Ihnen gerne ein Taxi, das Sie sicher nach Hause bringt.

Datum **Unterschrift**