

Anamnesebogen

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.
(Diese Daten werden aller 2 Jahre aktualisiert)



ZAHNARZTPRAXIS
DR. KIRCHNER

Persönliches:

Name / Vorname

Geburtsdatum

Telefonnummer

E-Mail Adresse

▪ **Zahnzusatzversicherung?** Ja Nein

(z.B. für Mehrkostenfüllungen,
Professionelle Zahnreinigung &
Prothesenreinigung)

▪ **Bonusheft vorhanden?** Ja Nein **(Bitte zur Einsicht vorlegen !!!)**

▪ **Röntgenpass vorhanden?** Ja Nein

▪ **Mein Hausarzt** (für Not- und Zwischenfälle) : _____

▪ **Möchten Sie kostenfrei per E- Mail an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnert werden? (Recallsystem)**

Ja Nein

Unterschrift _____

Besteht oder bestanden bei Ihnen folgende Erkrankungen? (Zutreffendes ankreuzen)

Herz/Kreislauf:

- hoher Blutdruck
- niedriger Blutdruck
- Angina pectoris
- Herzschwäche
- Herzinfarkt
- Herzmuskelentzündung
- Herzklappenentzündung
- künstliche Herzklappe / Bypass
- Rhythmusstörungen
- Herzschrittmacher
- Schlaganfall

Blut:

- Thrombose
- Gerinnungen
(Nachbluten nach OPs,
häufiges Nasenbluten; schnell blaue Flecken)

Gerinnungshemmende Medikamente:

- Plavix/Iscover/Clopidogrel/Xarelto/ Lyxantin
- Marcumar/Phenprocoumon
- Aspirin/ASS
- oder andere _____

Atemwege/Lunge:

- chronische Bronchitis
- Lungenentzündung
- Tuberkulose
- Asthma
- Schlafapnoe

Augen:

- Grüner Star / Grauer Star

Skelettsystem/Knochen:

- Osteoporose/Knochenabbau
- Gelenkerkrankungen/Rheuma

Stoffwechsel:

- Zuckerkrankheit
- Schilddrüsenunter-/überfunktion

Nerven/Gemüt:

- Epilepsie
- Depressionen / Angstzustände
- Demenz

Bitte wenden! RÜCKSEITE!

Leber:

- Leberzirrhose
 Hepatitis **A** **B** **C**

Nieren:

- Nierensteine
 Nierenentzündung
 Dialysepflichtig

Magen/Darm:

- Verdauungsstörungen
 Refluxkrankheit
 Morbus Crohn/Colitis ulcerosa

Immunschwäche:

- Blutkrebs
 AIDS/HIV
 Bestrahlung/Chemotherapie

Allergien:

- Nahrungsmittel
 Antibiotika (z.B. Penicillin)
 Schmerzmittel

- Latex
 Metalle
 Sonstiges: _____

Regelmäßige Medikamente: Bitte Medikamentenplan vorzeigen!

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Blutdruckmedikamente | <input type="checkbox"/> Bisphosphonate |
| <input type="checkbox"/> Psychopharmaka | <input type="checkbox"/> Antibiotika (letzte 3 Monate) |
| <input type="checkbox"/> Herzmedikamente | <input type="checkbox"/> Cortison |
| <input type="checkbox"/> Rheumamittel | <input type="checkbox"/> Osteoporosemittel |
| <input type="checkbox"/> Schmerzmittel | <input type="checkbox"/> Antibabypille |

Weitere Angaben:

▪ Besteht ein Pflegegrad? Ja Nein

Wenn Ja, Pflegegrad: _____

▪ Betreuer/ Vormund? Ja Nein

Name: _____

Adresse: _____

▪ Sind Sie schwanger? Ja Nein

▪ Auffälligkeiten im Mund/Zahn-Bereich:

▪ Risikoschwangerschaft? Ja Nein

- temperaturempfindliche Zähne
 Zahnfleischbluten/Parodontitis
 Stellungsveränderung der Zähne oder Lockerung der Zähne
 Zahnverlust durch Karies
 Schnarchen
 Zähneknirschen

▪ Rauchen Sie? Ja Nein

▪ ungewöhnliche Reaktionen auf zahnärztl. Behandlungsmaßnahmen, z.B. bei

- Spritzen (verzögerte Reakt. auf Injektion)
 Medikamente, Einlagen, Spülungen

▪ Besteht eine Unverträglichkeit gegenüber Alkoholischen Mundspülungen?

Ja Nein

▪ Besteht eine Zahnarztangst?

Ja Nein

▪ Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Zahnstellung?

Sehr unzufrieden **1** **2** **3** **4** **5** **6** **7** **8** **9** **10** sehr zufrieden

Die obigen Angaben entsprechen meinem derzeitigen Kenntnisstand.

Ich willige der Erhebung, der elektronischen Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten unter Beachtung der einschlägigen Vorschriften der nationalen Datenschutzgesetze sowie der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) ein.

Die Patienteninformation zur Datenschutz-Grundverordnung liegt im Wartezimmer aus.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Aktualisiert: _____
 (Datum + Unterschrift)