

Angaben zu Ihrer Gesundheit



Liebe Patientin, lieber Patient,
bitte füllen Sie diesen Anamnesebogen sorgfältig aus, denn die erbetenen Angaben zu Ihrer Krankengeschichte dienen Ihrer Gesundheit. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt.

Name: _____
Vorname: _____
Name/Vorname d. Versicherten: _____
Strasse: _____
PLZ, Ort: _____
Telefon: _____
Mail: _____
Beruf: _____

Geburtsdatum: _____
Geburtsort: _____
Krankenkasse: _____
 privat gesetzlich
 Beihilfe Zusatzversicherung

Was können wir für Sie tun?

(Beratung/Kontrolle, Zahnerneuerung, kosmetische Behandlung, usw.)

Allgemeine Anamnese

	ja	nein		ja	nein
Reagieren Sie ungewöhnlich auf Spritzen oder Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Magen-Darm Erkrankung (Morbus Crohn)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankung (Infarkt, KHK, Endokarditis, Schrittmacher)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nierenerkrankung (Niereninsuffizienz, Dialyse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreislaufkrankung (Bluthochdruck, niedriger Blutdruck, Schwindel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankung (Hyper- oder Hypothyreose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung (längeres Nachbluten nach Verletzung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Augenerkrankung (Glaukom/grüner Star, grauer Star)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma (Rheumatisches Fieber, akutes Rheuma, Gelenkerkrankung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infektiöse Erkrankung (TBC, Hepatitis, HIV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hautkrankheiten (Schuppenflechte, Pilzkrankung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psychosomatische Erkrankung (Depressionen, Angstattacken)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit (Diabetes Typ I oder Typ II)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemwegserkrankung (Asthma, Bronchitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nehmen Sie Drogen oder trinken größere Mengen Alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patientinnen: besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sind Sie an ganzheitlicher Behandlung interessiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Welche?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie eine andere hier nicht aufgeführte Erkrankung? Welche?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Bei welchem Kollegen?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestehen Allergien? (Heuschnupfen, Metalle, Medikamente) Welche?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Spezielle Anamnese

	ja	nein		ja	nein
Ist Ihre Kauffähigkeit beeinträchtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Würden Sie sich als Angstpatient bezeichnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie zufrieden mit dem Aussehen Ihrer Zähne (Ästhetik)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hatten Sie früher eine kieferorthopädische Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Schmerzen im Kiefergelenk, im Kopf-Hals-Schulterbereich?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben oder hatten Sie Migräne?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Schmerzen an den Zähnen, am Zahnfleisch oder im Gesichtsbereich? Wo und seit wann?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Sie in den vergangenen zwei Jahren in zahnärztlicher Behandlung? Wo?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind bei Ihnen zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden? Wann?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Bestätigung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der Angaben und verpflichte mich, eintretende Änderungen während der gesamten Behandlungsdauer dem behandelnden Zahnarzt mitzuteilen.

Ort, Datum

Unterschrift