

Anamnesebogen für Erwachsene



Bitte füllen Sie das Formular in Ihrem eigenen Interesse vollständig aus!
Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt.

Name , Vorname (Patient): _____ Geburtsdatum: _____

Name , Vorname (Versicherter): _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Mobil: _____

E-Mail Adresse: _____

Hausarzt: _____

- gesetzlich versichert Zusatzversicherung ist vorhanden
 privat versichert standardtarifversichert auf 1,7 fachem Faktor

Pflegegradeinstufung vorhanden? ja nein

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

Herz- und Kreislauferkrankungen

Herzfehler?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>
Herzklappenersatz (Endokarditis)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>
Liegt ein Herzpass vor?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt?	Wann?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzschriltmacher?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
zu hoher Blutdruck?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
zu niedriger Blutdruck?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Blutgerinnungsstörungen?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schlaganfall	Wann?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Thromboseneigung?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

weitere Erkrankungen

Allergien? / Allergiepass?	Welche?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>
Lungenerkrankung (z.B. Asthma, chronische Bronchitis)?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>
Augenerkrankungen (grauer oder grüner Star (Glaukom))?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>
Stoffwechselstörung / Diabetes?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>

Lebererkrankung / Hepatitis? Welche?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
chronische Schmerzen (z.B. Migräne, Neuralgien)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Depressionen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schilddrüsenerkrankungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Rheuma / entzündliche Gelenkerkrankungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Organtransplantation?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Osteoporose?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie Bisphosphonate (Knochentropf) ein?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Tumorerkrankungen (Bestrahlung/Chemotherapie)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Epilepsie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Infektionskrankheiten (Hepatitis, Tuberkulose, Aids, CreutzfeldtJakob)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bestehen sonstige, hier nicht aufgeführte Erkrankungen? wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

medizinisch wichtige Informationen:

Sind Sie schwanger? Welcher Monat?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Trinken Sie täglich Alkohol?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie Drogen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Treten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wurden bei Ihnen Resistenzen auf bestimmte Keime festgestellt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Medikamente: ggf. bitte einen Medikamentenplan einreichen

Welche Medikamente nehmen Sie ein? Bitte geben Sie alle Medikamente und ihre Dosierung, sowie homöopathische und nahrungsergänzende Mittel an! (ggf. Zusatzblatt beifügen!)

Erklärung:

Ich erkläre, alle Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben.

Ich verpflichte mich, die Praxis über alle während des Behandlungszeitraums auftretenden Änderungen zu informieren.

Ich bestätige, dass ich alle hier abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

EU-DSGVO Datenschutzeinwilligung

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

Die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind gemäß EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) in der Praxis im Wartezimmer einsehbar.

Datum

Unterschrift Patient / Patientin

Bitte beantworten Sie uns folgende Fragen um Ihnen die bestmögliche Beratung zukommen zu lassen:

Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?

ja nein

Legen Sie Wert auf Ihre Zahngesundheit und Zahnerhaltung bis ins hohe Lebensalter?

ja nein

Sind Sie mit Ihrer Mundhygiene zufrieden?

ja nein

Waren Sie in den letzten Monaten zur professionellen Zahnreinigung?

ja nein

Wünschen Sie sich mehr Lebensqualität?

ja nein

Sind Sie mit Ihrer Zahnform zufrieden?

ja nein

Tragen Sie festsitzenden oder herausnehmbaren Zahnersatz?

ja nein

Wann wurde dieser Zahnersatz eingegliedert? _____

Wie wichtig ist Ihnen eine hochwertige Versorgung Ihrer Zähne?

sehr wichtig nur bedingt wichtig unwichtig

Was ist der Grund Ihres heutigen Besuchs? _____

Kommen Sie auf Empfehlung in unsere Familienpraxis? ja nein

Wer hat unsere Familienpraxis empfohlen (bitte den Namen angeben, damit wir uns bedanken können): _____

Haben Sie Kenntnis über die Lage unserer Patientenparkplätze? ja nein

