

Anamnesebogen

1. Persönliches

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
 Straße/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____
 Telefon: _____ E-Mail: _____
 Beruf: _____ Pflegestufe/Pflegegrad: _____
 Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung? _____
 Familienversichert bei (Name, Geburtsdatum)? _____

2. Allgemeine Situation

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____
 z.B. Blutverdünner (Eliquis, Marcumar, ASS) oder Bisphosphonate, etc.
 Wenn Sie eine Medikamentenliste haben, können Sie diese gern mitbringen.

Bitte Zutreffendes ankreuzen!

Bemerkungen

Haben Sie Allergien?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Herzerkrankungen/Herzrhythmusstörungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Haben Sie einen Herzschrittmacher/Herzklappenersatz?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Haben Sie Infektionskrankheiten (Hepatitis, TBC, HIV)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Rheuma?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Asthma?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Diabetes?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Epilepsie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Schilddrüsenerkrankung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Glaukom?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Osteoporose?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Tumorerkrankungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Magen-Darm-Erkrankung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Drogenkonsum / regelmäßiger Alkoholkonsum?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Blutdruck	<input type="checkbox"/> niedrig	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> hoch
Unverträglichkeiten bei Medikamenten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____

Wer ist Ihr Hausarzt?

4. Zahn-Mund-Situation

- Haben Sie zurzeit Zahnschmerzen? ja nein _____
- Zahnfleischrückgang oder Zahnfleischbluten? ja nein _____
- Knackt oder knirscht Ihr Kiefergelenk beim Kauen? ja nein _____
- Haben Sie Kopf-oder Nackenschmerzen? ja nein _____
- Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden? ja nein _____
- Wurde schon einmal eine professionelle Zahnreinigung durchgeführt? ja nein _____
- Wurden im letzten Jahr Röntgenaufnahmen gemacht? ja nein _____
- Bei welchem Zahnarzt waren Sie zuletzt? _____
- Wann war Ihre letzte Zahnbehandlung? _____

5. Recall

Die Früherkennung und die Erhaltung Ihrer Zahngesundheit liegen uns besonders am Herzen. Diese erreichen wir nur durch regelmäßige Kontrolluntersuchungen. Wir haben für Sie dazu ein kostenloses Erinnerungssystem eingerichtet, welches Sie unterstützt, regelmäßigen Kontrollen nachzukommen.

Wünschen Sie, von uns an Ihren Vorsorgetermin erinnert zu werden?

ja nein per Brief per E-Mail

Wir sind eine Bestellpraxis. Für den Fall, dass Sie eine reservierte Behandlungszeit nicht in Anspruch nehmen können, bitten wir Sie deshalb, rechtzeitig (d.h. möglichst 24 Std. vorher) abzusagen. Bei mehrmaligem Nichterscheinen ohne vorherige Absagen können wir Ihnen aus organisatorischen Gründen keine festen Termine mehr anbieten.

Erhalten Sie wegen Beschwerden/ Schmerzen einen Notfalltermin, so müssen Sie ggf. mit Wartezeit rechnen.

Ist für die Behandlung eine Anästhesie notwendig, möchten wir Sie darauf hinweisen, dass es dadurch zu einer verminderten Reaktionszeit im Straßenverkehr kommen kann. Deshalb sollten Sie möglichst nach einer Lokalanästhesie kein Fahrzeug steuern.

Datenschutzerklärung:

Ich gebe mein Einverständnis zur Erhebung und Speicherung personenbezogener Daten, insbesondere Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschlüsse und Befunde wie Röntgenaufnahmen und Fotografien und Abdrücke der Kiefer, soweit dies im Rahmen der Behandlung erforderlich ist. Ich bin damit einverstanden, dass Behandlungsunterlagen und Befunde anderen, an meiner Behandlung beteiligten Personen (Zahnärzte, Ärzte, Logopäden, Physiotherapeuten,...) zur Verfügung gestellt und auf postalischem oder elektronischem Wege (verschlüsselt, unverschlüsselt) mit meinen weiteren Behandlern ausgetauscht werden können. Ich kann diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail widerrufen (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2).

Ort, Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzlicher Vertreter)