



Anamnesebogen für erwachsene Patienten

Herzlich willkommen in unserer Zahnpraxis Mundwerk!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung.

Ihre Patientenangaben

Herr Frau

.....
Name Vorname Geburtstag

Anschrift

.....
Strasse Hausnummer Postleitzahl/Ort

.....
Telefon/Fax Handy Nr. E-Mail

Krankenkasse Basistarif? ja nein

Haben Sie eine Zusatzversicherung? ja nein
Name der Zusatzversicherung

Beruf/Arbeitgeber
Telefon tags über

Für Kassenpatienten:

Wir benötigen Ihre Krankenversicherungskarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns auch 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung nach der privaten Gebührenordnung (GOZ).

Ärztlich Anamnese

Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? ja nein

.....
Art der Behandlung

Hausarzt/Facharzt
Name Adresse Telefon

Stehen Sie zur Zeit in orthopädischer/physiotherapeutischer Behandlung? ja nein

.....
Art der Behandlung

Orthopäde/Physiotherapeut
Name Adresse Telefon

Stehen Sie zur Zeit in naturheilkundlicher Behandlung?

ja

nein

.....
Art der Behandlung

Arzt f. Naturheilkunde/ Heilpraktiker

Name

Adresse

Telefon

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

.....
Gegen welche Medikamente oder Materialien besteht bei Ihnen eine Allergie/Überempfindlichkeit ?

Besitzen Sie einen Allergiepass?

ja

nein

Wenn ja, bitte vorlegen.

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?

Herz

Zustand nach Infarkt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Muskelentzündung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Verengung der Herzkranzgefäße	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Rhythmusstörungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bypassoperation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzklappenersatz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schrittmacher	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Kreislauf

niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Angina pectoris	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Wie hoch ist Ihr Blutdruck?

.....

.....

Erkrankung des blutbildenden Systems

Blutarmut	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bluter	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein? (Marcumar, Aspirin) ja

nein

Augen

Grauer Star ja nein
Grüner Star ja nein

Atmungswege/Lunge

Asthma ja nein
Bronchitis ja nein

Magen-Darm-Trakt

Magenerkrankung ja nein
Darmerkrankungen ja nein

Welche
Welche

Blasen-Niere

Blasenerkrankung ja nein
Nierenerkrankung ja nein
Dialyse

Leber

Gelbsucht/Leberentzündung ja nein

Bewegungsapparat

Rheuma ja nein
Rheumatoide Arthritis ja nein
Gicht ja nein
Unfall/Schleudertrauma ja nein

Zentrales Nervensystem

Epileptische Anfälle ja nein

Vegetatives Nervensystem

Kopfschmerzen/ Migräne ja nein
Tinnitus ja nein

Stoffwechsel

Zuckerkrankheit (Diabetes) ja nein
Schilddrüsenüberfunktion ja nein
Schilddrüsenunterfunktion ja nein

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

Haut-/Geschlechtskrankheiten ja nein
AIDS, Tuberkulose/HIV ja nein
Tumorerkrankungen ja nein
Röteln, Mumps, Masern, Scharlach ja nein

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein
.....Woche

Wurden Sie bereits operiert? ja nein

.....
Art der Operation

Hatten Sie schwere Unfälle? ja nein

.....
Art des Unfalls

Rauchen Sie? ja nein
ca.....pro Tag

Haben Sie Interesse aufzuhören? ja nein

Ihre persönliche Mundhygiene

Womit putzen Sie Ihre Zähne?

- Handzahnbürste elektrische Zahnbürste Munddusche
 hart mittel weich
 Zahnseide Zwischenraumbürstchen

Welche Zahnpasta verwenden Sie? Weißmacherzahnpasta mit Fluorid ohne Fluorid

.....
Name der Zahnpasta

Wann reinigen Sie Ihre Zähne?

- täglich 2x täglich 1x nach Bedarf

Aufklärung über die zahnärztliche Lokalanästhesie

Die Lokalanästhesie dient der Ausschaltung der lokalen Schmerzempfindung. Durch sie können notwendige Behandlungen in der Regel schmerzfrei durchgeführt werden. Obwohl die Lokalanästhesie ein sicheres Verfahren zur Schmerzausschaltung ist, sind Unverträglichkeiten und Nebenwirkungen nicht immer zu vermeiden. Es kann außerdem zu folgenden Komplikationen kommen:

- *Bluterguss:* Durch die Verletzung kleiner Blutgefäße kann es zu Einblutungen kommen, ist der Kaumuskel betroffen, wird die Mundöffnung eingeschränkt.
- *Nervschädigung:* In seltenen Fällen kann eine Irritation von Nervenfasern auftreten. Hierdurch sind vorübergehende oder auch dauerhafte Gefühlsstörungen möglich. Eine Therapie ist in diesem Falle nicht möglich, die spontane Heilung muss abgewartet werden.
- *Verkehrsuntüchtigkeit:* Infolge der Lokalanästhesie kann es zu Beeinträchtigungen des Konzentrations- und Reaktionsvermögens kommen. Sie sollten solange die Betäubung anhält nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen.
- *Selbstverletzung:* Verzichten Sie bitte, solange die Betäubung anhält, auf Nahrungsaufnahme, da es zu Bissverletzungen kommen kann.

Ich habe die Aufklärung verstanden und keine weiteren Fragen zur Lokalanästhesie.

- Ich möchte immer in örtlicher Betäubung behandelt werden.
 Ich möchte mich bei jeder Behandlung individuell entscheiden.

Möchten Sie am Recall- und Erinnerungsservice teilnehmen? per Email per Handy

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass bei Nichteinhalten eines Termins einer Behandlungsfolge alle anschließenden Termine entfallen und die Behandlungsabfolge neu geplant werden muss.

Im Rahmen meiner Behandlung werden Daten über meine Person erhoben, verarbeitet und genutzt und können unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte (Krankenkasse, mitbehandelnde Zahnärzte andere Einrichtungen des Gesundheitswesens oder medizinische Dienstleister) übermittelt werden.

Ort, Datum

Unterschrift