



Anamnesebogen

Sehr geehrte Damen und Herren,

um einen komplikationslosen Behandlungsablauf, eine vorschriftsmäßige Verwaltung Ihrer Unterlagen und eine optimale Organisation zu gewährleisten, benötigen wir einige Informationen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht und dem Datenschutz. Falls Sie sich über eine Antwort noch nicht im Klaren sind, klären wir das gerne in einem persönlichen Gespräch. Bitte sprechen Sie uns an.

Vielen Dank!

Persönliche Angaben

Nachname												Vorname											
Geburtsdatum:						Straße / Haus-Nr.:						PLZ/Stadt:											
Festnetz (privat)						Festnetz (weitere bei Bedarf):						Mobil:											
E-Mail:																							
Beruf:												Haben Sie eine Zusatzversicherung? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>											
<u>Pflegegrad:</u>						<u>Beschädigtenausweis:</u>						<u>Gesetzlicher Betreuer:</u>											

Angaben zu Ihrer privaten Versicherung

Für Mitglieder einer privaten Versicherung:

Name Ihrer Versicherung: _____

Haben Sie Spezialtarife oder Zusatzabkommen? Ja Nein
(Falls ja, sprechen Sie uns bitte persönlich bezüglich der Modalitäten an.)

Zahnmedizinische Anamnese

Haben sie Beschwerden an den Zähnen/Zahnfleisch? Ja Nein
Wenn ja, wo? _____

Empfinden Sie das Aussehen Ihrer Zähne als Problem? Ja Nein
Wenn ja, was? _____

Haben Sie Schmerzen oder Spannungsgefühl im Kiefergelenk oder Gesichtsbereich? Ja Nein

Leiden Sie unter chronischen Kopf-, Hals- oder Schulterschmerzen? Ja Nein

Haben Sie spezielle Wünsche an uns? Ja Nein

Wenn ja, was? _____



Allgemeinmedizinische Anamnese (bitte entsprechendes Krankheitsbild ankreuzen!)

Waren Sie während der letzten Jahre im Krankenhaus oder in ärztlicher Behandlung? Ja Nein

Ihr Hausarzt: _____

Gewicht (wichtig für Menge der Änasthesie): _____ kg

Nehmen Sie zurzeit regelmäßig **Medikamente** ein? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Medikamentenplan vorhanden? Bitte vorlegen. Ja Nein

Spezielle Medikamente

- Antidepressiva (wichtig für chirurg. Eingriffe!) Ja Nein
- Gerinnungshemmende Mittel / „Blutverdünner“ (z.B. Marcumar, Aspirin) Ja Nein
- Schmerzmittel Ja Nein
- Bisphosphonate im Rahmen einer Osteoporosetherapie im letzten Jahr Ja Nein

Bluten Sie lange nach einer Verletzung? Ja Nein

Hatten Sie jemals: (bitte entsprechendes Krankheitsbild ankreuzen)

Eine ungewöhnliche Reaktion auf Spritzen oder Medikamente Ja Nein
(z.B. Penicillin, Jod, ect. _____)

Heuschnupfen oder Allergien? Ja Nein

Herzerkrankungen, Kreislaufstörungen? Ja Nein

(Hypertonie (hoher Blutdruck), Hypotonie (niedriger Blutdruck), Herzklappenersatz,
 Schrittmacher, Endokarditis, Infektionen)

Rheumatische Erkrankungen oder Gelenkerkrankungen? Ja Nein

Lebererkrankungen? (z.B. Gelbsucht, Leberinsuffizienz, Leberzirrhose) Ja Nein

Diabetes (Zuckerkrankheit)? Typ 1 oder Typ 2 Ja Nein

Atemwegserkrankungen? (z.B. Asthma, Bronchitis) Ja Nein

Nieren- oder Blasenkrankungen? Ja Nein

Augenerkrankungen? (z.B. Grauer oder grüner Star, erhöhter Augendruck) Ja Nein

Krebs- oder Tumorerkrankungen? (Bestrahlung, Chemotherapie) Ja Nein

Wenn ja, wann? _____

Magen- oder Darmerkrankungen? Ja Nein

Infektiöse Erkrankungen? Ja Nein

(z.B. Tuberkulose, AIDS, HIV, Hepatitis, Geschlechtskrankheiten, MRSA)

Schilddrüsenprobleme? (Über- oder Unterfunktion) Ja Nein

Epileptische Anfälle? Ja Nein

Leiden Sie unter Schlafapnoe und /oder Schnarchen? Ja Nein

Kopfschmerzen oder Migräne? Ja Nein

Haben Sie eine hier nicht aufgeführte Erkrankung? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein

Wenn ja, welche Woche? _____



- Rauchen Sie? Ja Nein
Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag? _____
- Trinken Sie Alkohol? Ja Nein
Wenn ja, wie viele Einheiten pro Woche (1 Glas Bier/Wein ist eine Einheit)? _____
- Nehmen Sie Drogen? Ja Nein

Wenn Sie vorher Patient in der Zahnarztpraxis von Fr. Dr. Ulrike Tenzel waren:

Ich bin damit einverstanden, dass der Zahnarzt David Waldmann-Krüger (Nachfolger der Praxis) Einsicht in meine Behandlungsakte (die von Fr. Dr. Ulrike Tenzel geführt wurde) zu nehmen.

Hier noch einige wichtige Informationen für Sie:

Wir machen Sie hiermit darauf aufmerksam, dass Ihre **Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr** nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu **24 Stunden beeinträchtigt** sein kann und zwar sowohl durch die Behandlung an sich, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi.

Änderungen meiner Daten und meines Gesundheitszustandes gebe ich unverzüglich an Sie weiter. Ich versichere hiermit, dass die von mir gegebenen Informationen korrekt sind. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten, inklusive Röntgenbilder und Fotografien und deren Kopien an medizinische Kollegen, Versicherungen und Abrechnungsgesellschaften auf Anfrage weitergeleitet werden dürfen.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben, sowie die Kenntnisnahme und/oder Bereitschaft zu den angebotenen Maßnahmen.

Tessin, den

Unterschrift