ZAHNTEAM BILLSTEDT

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient!
Wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe. Wir bitten Sie diesen Bogen sorgfältig und vollständig auszufüllen, damit wir Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen können (auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkung auf die zahnärztliche Behandlung haben).
Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Bei Unklarheit und zu einzelnen Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.

Ihr Zahnarzt Birol Dogan & Team

Zu Ihrer Person:

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____
Straße/Hausnummer _____ PLZ/Ort _____
Telefon privat _____ Handy _____
E-Mail _____ Telefon dienstlich _____
Beruf _____ Arbeitgeber _____
Hausarzt (Name, Anschrift, Telefon) _____

Versicherung:

Name der Krankenkasse: _____

❒ gesetzlich versichert ❒ privat versichert ❒ Zusatzversicherung
❒ Basistarif ❒ Beihilfe berechtigt

Sind Patient und Mitglied der Versicherung nicht identisch, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers:
Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____
Straße/Hausnummer _____ PLZ/Ort _____

Wie wurden sie auf unsere Praxis aufmerksam?:

❒ persönliche Empfehlung ❒ im Vorbeigehen ❒ Internet ❒ Sonstiges: _____

Allgemeine Gesundheitssituation:

❒ hoher Blutdruck
❒ niedriger Blutdruck
❒ Blutgerinnungsstörung
❒ Schlaganfall
❒ Epilepsie
❒ Diabetes
❒ Herzschrittmacher/Herzklappenersatz
❒ Schilddrüsenerkrankung
❒ Herzvorerkrankungen, wenn ja, welche:
_____

❒ rheumatische Erkrankungen
❒ Lungenerkrankungen (z.B. Asthma, COPD)
❒ Tumorerkrankung
❒ Osteoporose
❒ Magen-Darm-Erkrankungen
❒ Nierenfunktionsstörung
❒ Lebererkrankung
❒ Augenerkrankungen (Glaukom/grüner Star)
❒ Allergien: _____
❒ sonstige Erkrankungen: _____

Infektionskrankheiten: ❒ HIV ❒ Hepatitis ❒ Tuberkulose ❒ Sonstige:

Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche:

❒ Herzmedikamente: _____

❒ Cortison: _____

❒ Schmerzmittel: _____

❒ Blutverdünner: _____

❒ Bisphosphonate: _____

❒ Antidepressiva: _____

Rauchen Sie? ja ❒ nein ❒

Für unsere Patientinnen:

Sind Sie schwanger? ja ❒ nein ❒ Wenn ja, welche Woche: _____

Mundgesundheitssituation:

Haben Sie ein bestimmtes Anliegen, welches Sie in unsere Praxis führt?

❒ Vorsorgeuntersuchung
❒ Prophylaxe
❒ Beratung
❒ zweite Meinung
❒ Bleaching (Zahnaufhellung)
❒ Beratung für Schwangere
❒ Mundgeruchsprechstunde
❒ Schmerzbehandlung
❒ Parodontosebehandlung (Zahnfleischbehandlung)
❒ Zahnersatz
❒ Amalgamaustausch/Amalgam Alternativen
❒ Implantate
❒ Kinderprophylaxe
❒ Sonstiges: _____

Sind Sie mit der Stellung, Farbe und Form Iher Zähne, kurz: mit ihrem „Lächeln" zufrieden? ja ❒ nein ❒

Tragen Sie Zahnersatz? Wenn ja, seit wann: _____ ja ❒ nein ❒

Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen? ja ❒ nein ❒

Haben Sie häufig Kopf - oder Nackenschmerzen? ja ❒ nein ❒

Haben Sie Zahnfleischprobleme? Blutungen beim Zähneputzen? Zahnfleischrückgang? ja ❒ nein ❒

Wurde bei Ihnen eine Zahnfleischbehandlung (Parodontosebehandlung) durchgeführt? Wenn ja, vor _____ Jahren? ja ❒ nein ❒

Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund? ja ❒ nein ❒

Haben Sie gelegentlich einen Metallgeschmack? ja ❒ nein ❒

Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig halbjährlich/jährlich professionell gereinigt (Prophylaxe/PZR)?

Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf - Kiefer - Zahnbereich geröntgt? Wenn ja, wo? _____ ja ❒ nein ❒

Haben Sie Angst vor der zahnärztlichen Behandlung? ja ❒ nein ❒

Haben Sie noch Fragen oder ein besonderes Anliegen? _____

Wir bieten Ihnen den Service einer Bestellpraxis, das heisst an Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert. Wir bitten Sie daher, Ihren Termin rechtzeitig, jedoch mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Das gibt anderen Patienten die Möglichkeit, schnellstmöglich einen Termin zu bekommen. Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift. Haben Sie das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer der akuten Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig.

_____

Datum Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter