Anamnesebogen **Zahnarztpraxis**

Dr. Monika Böhringer

Bevor wir uns Ihren zahnmedizinischen Anliegen zuwenden, benötigen wir neben Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand, denn Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliches

Name, Vorname _____ Geburtsdatum_____

Straße/Hausnr. _____ PLZ/Ort_____

Tel. mobil _____ Tel. privat _____

Beruf _____ Arbeitgeber _____

Email _____ Krankenversicherung _____

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße/Hausnr. _____ PLZ/Ort _____

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name, Tel. _____

Haben Sie eine der folgenden Erkrankungen:

Asthma	o ja	o nein
Blutgerinnungsstörung	o ja	o nein
Diabetes	o ja	o nein
Epilepsie	o ja	o nein
Grüner Star	o ja	o nein
Herzerkrankung	o ja	o nein
Infektionskrankheiten (Hepatitis, TBC, HIV)	o ja	o nein
Rheuma	o ja	o nein
Schilddrüsenerkrankung	o ja	o nein

O Haben Sie einen Herzschrittmacher?

Medikamente: Nehmen Sie

- o Blutverdünnende Medikamente
- o Bisphosphonate
- o andere Medikamente? Wenn ja, welche?

_____

Haben Sie eine Medikamentenallergie (z.B. Penicillin? o ja o nein

Wenn ja, wogegen?

_____

Für unsere Patientinnen:

Sind Sie schwanger? o ja o nein

Wenn ja, in welcher Woche ? _____

Haben Sie Angst vor der zahnärztlichen Behandlung?

Bitte markieren Sie mit einem Strich, wie groß Ihre Angst ist.

0……..100

Keine Angst Sehr große Angst

Hinweis zur Organisation

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte sagen Sie Ihn mindestens 24 Stunden, bzw. Termine, die länger als eine Stunde dauern, mindestens 48 Stunden vorher ab.

Datum _____ Unterschrift _____

Durch wen wurden Sie empfohlen? _____