AUFNAHME- UND ANAMNESEBOGEN

DentalZentrum
Implantologie | Parodontologie | Endodontie

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

damit wir unserem Anspruch der individuellen Behandlung und Betreuung jedes einzelnen Patienten umfassend gerecht werden können, möchten wir Sie bitten, die nachstehenden Fragen sorgfältig und wahrheitsgemäß zu beantworten. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand und Ihren Wünschen anzupassen.

Name: ..... Vorname: ..... Geb.-Dat.: .....

Straße: ..... Wohnort: ..... Geb.-Ort: .....

Tel. privat: ..... Tel. gesch.: ..... Tel. mobil: .....

Email: ..... Beruf: .....

Arbeitgeber: ..... Krankenkasse: .....

Name des Versicherten (falls abweichend): ..... Geb.-Dat.: .....

Adresse des Versicherten (falls abweichend): .....

Versicherungsverhältnis: ☐ gesetzlich ☐ freiwillig versichert ☐ private Zusatzvers.
☐ privat ☐ beihilfeberechtigt ☐ Basistarif

Hausarzt: Name: ..... Telefon: .....
Anschrift: .....

Überweisender Zahnarzt: Name: .....

Allgemeinmedizinische Anamnese:	ja	nein
1. Waren Sie während der letzten Jahre im Krankenhaus oder in ärztlicher Betreuung? wenn ja, weshalb	☐	☐
2. Nehmen Sie Medikamente gegenwärtig/regelmäßig ein? wenn ja, welche	☐	☐
3. Haben Sie in den letzten Tagen Medikamente genommen, die die Blutung beeinflussen (ASS, Marcumar, Plavix, Clopidogrel etc.)? wenn ja, welche	☐	☐
4. Nehmen Sie Bisphosphonate (oral/i.v.) seit wann	☐	☐
Leiden Sie an		
5. ungewöhnlichen Reaktionen/Allergien auf Spritzen oder Medikamente? (z.B. Penicillin, Jod, etc.)	☐	☐
6. Asthma, Heuschnupfen	☐	☐
7. Kreislaufstörungen (Blutdruck hoch/niedrig)	☐	☐
8. Herzerkrankungen (Endokarditis, Herzinfarkt, Angina Pectoris, Schrittmacher) wenn ja, welche/wann	☐	☐
9. Rheumatische Erkrankung, Gelenkerkrankung, Osteoporose	☐	☐
10. Zuckerkrankheit (Diabetes)	☐	☐
11. Schilddrüsenüber-/-unterfunktion	☐	☐
12. Anfallsleiden (Epilepsie)	☐	☐
13. Lebererkrankung	☐	☐
14. Atemwegserkrankung (Asthma, Bronchitis)	☐	☐

b.w.

	ja	nein
15. Infektiöse Erkrankungen	☐	☐
16. Leiden Sie an anderen, nicht gefragten Krankheiten? wenn ja, welche	☐	☐
17. Frauen: Ist eine Schwangerschaft sicher ausgeschlossen?	☐	☐
18. Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel?	☐	☐
19. Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Wenn ja, was, wieviel?	☐	☐

Zahnärztliche Anamnese:

	ja	nein
1. Haben Sie momentan Schmerzen an den Zähnen? Wenn ja, wo?	☐	☐
2. Haben Sie Probleme/Beschwerden am Zahnfleisch? Wenn ja, wo?	☐	☐
3. Haben Sie Zahnfleischbluten?	☐	☐
4. Ist Ihre Kaufähigkeit beeinträchtigt? Wenn ja, warum?	☐	☐
5. Wurden Sie Kieferorthopädisch behandelt? Wenn ja, wann?	☐	☐
6. Haben Sie Schmerzen oder ein Spannungsgefühl im Kiefergelenk/Gesichtsbereich?	☐	☐
7. Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen?	☐	☐
8. Leiden Sie an erhöhtem Würgereiz?	☐	☐
9. Schnarchen Sie?	☐	☐

10. Wann wurden Sie zuletzt geröntgt? .....

11. Wann waren Sie das letzte Mal in zahnärztlicher Behandlung? .....

Allgemeine Fragen:

	ja	nein
1. Benutzen Sie außer Zahnbürste und Zahnpasta noch andere Mundhygieartikel? Welche?	☐	☐
2. Sind Sie schon einmal individuell über Mundhygiene aufgeklärt und beraten worden?	☐	☐
3. Sind Sie mit der Ästhetik Ihrer Zähne zufrieden?	☐	☐

4. Welches besondere Anliegen führt Sie in unsere Praxis?
   - ☐ Allg. Beratung, Kontrolle
   - ☐ Implantatberatung
   - ☐ Schmerzbehandlung, Reparatur Zahnersatz
   - ☐ Unbefriedigende Ästhetik Ihrer Zähne
   - ☐ Überweisung von:

5. Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?
   - ☐ Empfehlung, von wem: .....
   - ☐ Überweisung
   - ☐ Internet
   - ☐ Patientenveranstaltung
   - ☐ Zufällig

Wir möchten Sie bitten, pünktlich zu den vereinbarten Termin zu erscheinen, um unnötige Wartezeiten zu vermeiden. Bei Verhinderung bitten wir um Absage des Termins mindestens 24 Stunden im Voraus.

Ich bestätige, alle Angaben vollständig und wahrheitsgemäß erteilt zu haben und verpflichte mich, eintretende Änderungen während der Behandlungsdauer dem Zahnarzt mitzuteilen.

Wir weisen Sie darauf hin, dass bestimmte Bereiche (Aufwachraum, Warten DentalSpa, Eingang) zu Ihrer eigenen Sicherheit Kameraüberwacht werden.

Bayreuth, ... Unterschrift .....