



Gesundheitsfragebogen – Medizinische Anamnese

Um die für Ihre Behandlung geeigneten Behandlungsverfahren und Medikamente auswählen zu können, bitten wir Sie, die folgenden Fragen zu beantworten. Wir bitten Sie, uns umgehend über alle auftretenden Änderungen zu informieren. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden daher streng vertraulich behandelt.

1. Persönliche Daten/Patient:

Name Vorname
Anschrift PLZ/Ort
Beruf..... Geburtsdatum
Telefon privat Telefon dienstlich
Handynummer..... E-Mail
Krankenkasse..... Staatsangehörigkeit.....
Beihilfeberechtigt..... Zahnzusatzversicherung.....
Hausarzt:.....

2. Versicherter/Rechnungsempfänger (wenn abweichend zu 1.)

Name..... Vorname.....
Anschrift..... PLZ/Ort.....
Geburtsdatum..... Telefon.....
Mobiltelefon

3. Gesundheitszustand

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte geben Sie die Ihnen bekannten Erkrankungen und Medikamente sorgfältig an, da zahnärztliche Materialien und Arzneimittel sonst zu schwerwiegenden Komplikationen führen können.

Bitte zutreffendes ankreuzen

Haben oder hatten Sie	ja	nein
• bei Belastungen Schmerzen im Brustbereich (Angina pectoris)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• jemals einen Herzinfarkt? Falls ja, wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Herzklappenfehler/künstliche Herzklappe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• zu hohen Blutdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• erhöhte Blutungsneigung? (Quickwert, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• jemals einen Schlaganfall? Falls ja, wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | | ja | nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Epilepsie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Bronchialasthma? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Grünen Star (Glaukom)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Lungenerkrankung, welche?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • allergische Reaktionen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Falls ja, welche und nehmen Sie gegen die Allergie Medikamente? | | |
| | | |
| • Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Falls ja, benötigen Sie Insulin? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Schilddrüsenerkrankungen? Über-/Unterfunktion | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Lebererkrankungen, welche?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Nierenerkrankungen, welche?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Tumorerkrankungen , welche ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Infektionskrankheiten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hepatitis (Gelbsucht)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| HIV-positiv (AIDS)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Andere Erkrankungen? | | |

Hausarzt.....

Zusätzlich...

- Haben sie einen eingetragenen Pflegegrad/oder Eingliederungshilfe? falls ja, welchen?.....
- Brauchen Sie eine Antibiotikaprophylaxe (z.B. bei Organtransplantation, Endokarditis etc.) vor zahnärztlichen Behandlungen?
- Nehmen Sie zurzeit vom Arzt verordnete Medikamente ein?
 Falls ja, welche?
- oder andere nicht vom Arzt verordnete Medikamente?
 Falls ja, welche?
- Rauchen Sie?
 Falls ja, wie viele Zigaretten pro Tag?
- For women only: Sind Sie momentan schwanger?
 Falls ja: Woche, Monat?
- Leiden Sie unter „Zahnfleischbluten“?
- Benutzen Sie täglich Zahnseide und/oder Interdentalbürstchen?
- Wie viel Zeit investieren Sie täglich in Ihre Mundhygiene?
.....
- Wie häufig lassen Sie eine professionelle Zahnreinigung (Prophylaxe) bei sich durchführen?
.....
- Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?
.....

====>>>

- Was ist Ihnen wichtig bei der zahnärztlichen Behandlung?
.....
- Legen Sie Wert auf eine Gesamtbehandlung Ihres Kauorgans?
- oder wünschen Sie nur die Behandlung der z. Zt. vorhandenen Beschwerden?
- Was ist Ihnen wichtig an Ihren Zähnen?
.....
- Stört Sie etwas an Ihren Zähnen?
Falls ja, was?.....
- Sonstiges

Wir haben ein großes Interesse daran Ihre Behandlung ohne lange Wartezeit, pünktlich zum vereinbarten Termin zu beginnen. Unser Zeitmanagement verzichtet bewusst auf eine zeitgleiche Parallelvergabe mehrerer Behandlungstermine für verschiedene Patienten, damit wir Ihre und unsere Zeit vollständig und ausschließlich Ihnen und Ihren Zähnen widmen können. Bitte beachten Sie, dass Schmerzpatienten stets in unser Bestellsystem eingebunden werden müssen- für dadurch entstehende Zeitverzögerungen bitte wir höflichst um Nachsicht.

Damit wir dieses Konzept der Terminvergabe erfolgreich umsetzen können, sind wir darauf angewiesen, dass Sie uns im Falle einer **Terminverhinderung** Ihrerseits **mindestens 24 Stunden zuvor darüber informieren!!! Bei Nichterscheinen oder nicht rechtzeitiger Absage behalten wir uns vor eine Ausfallgebührenpauschale von 70,- € geltend zu machen.**

Bedenken Sie bitte, dass bei einer zahnärztlichen Behandlung mit lokalen Betäubungsmitteln Ihre Reaktionsfähigkeit- v.a. im Straßenverkehr- für mehrere Stunden eingeschränkt ist. Bitte nehmen Sie erst nach Abklingen der Betäubung aktiv am Straßenverkehr teil.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die oben angeführten Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben. Änderungen teile ich der Praxis selbstverständlich mit.

Datum:.....

Unterschrift:.....