

Anamnesebogen



Dr. Daniel Ruhl

Moderne Zahnheilkunde
unterhalb der Felsburg

Liebe Patientin, lieber Patient!

Neben Angaben zu Ihrer Person benötigen wir auch Auskunft über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand, da Krankheiten aller Art **erhebliche Auswirkungen auf Ihre Behandlung haben können**. Bitte füllen Sie deshalb zu Ihrer Sicherheit diesen Erhebungsbogen sorgfältig aus. Er wird Ihrer Karteikarte beigelegt. **Die Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht**. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

Angaben zur Person

Name, Vorname _____

Straße, Nr. _____ PLZ / Ort _____

Geburtsdatum _____

Tel. Festnetz, Handy _____

E-Mail _____

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name _____ Tel. _____

Hinweise zur Organisation

Wir bieten Ihnen den **Service** einer Praxis, die nach dem **Bestellsystem** geführt wird. Dies bedeutet, dass wir uns alle intensiv um geringe Wartezeiten für Sie bemühen. Das bedeutet aber auch, dass wir Sie bitten müssen, einen vereinbarten Termin **spätestens 24 Stunden vorher abzusagen**, damit wir die Chance erhalten, Termine anderen Patientinnen / Patienten anzubieten. Nur so können lange Wartezeiten vermieden werden.

In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung Bekannte Telefon- / Branchenbuch Zeitungsanzeige

Internet Sonstige _____

Warum suchen Sie uns auf? Sie wünschen eine/n

Schmerzbehandlung Routinekontrolle Beratung neuen Zahnersatz „zweite“ Meinung

Sonstige Gründe: _____

Bitte wenden

Bitte ausfüllen bzw. zutreffendes ankreuzen!

ja nein

1. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche?

2. Nehmen Sie Medikamente ein, welche die Blutgerinnung hemmen? ja nein

Wenn ja, welche?

3. Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? ja nein

Wenn ja, welche?

4. Besitzen Sie einen Allergiepass? ja nein

5. Haben Sie eine

- Penicillinallergie? ja nein
- Jodallergie? ja nein
- Latexallergie? ja nein

6. Herzerkrankung? ja nein

- Angeborener / erworbener Herzfehler? ja nein
- Herzklappenersatz? ja nein
- Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)? ja nein
- Stents? ja nein
- Herzschrittmacher / Defibrillator? ja nein
- Sonstige ja nein

7. Leiden, litten Sie an bzw. haben, hatten Sie

ja nein

• Verletzungen im Gesichtsbereich? ja nein
Wenn ja, wo?

- Nachblutung nach Zahntfernung? ja nein
 - Infektionskrankheiten? ja nein
 - Lebererkrankungen? ja nein
 - Implantate, Transplantate (z.B. Hüfte, Knie, Niere)? ja nein
- Wenn ja, wo?

- zu hohen Blutdruck? ja nein
- grünen Star? ja nein
- Schlaganfall? ja nein
- Nierenerkrankungen? ja nein
- Diabetes? ja nein

⇒ HbA1c-Wert _____

- Schilddrüsenüberfunktion? ja nein
 - Rheumatismus? ja nein
 - Asthma / Lungenerkrankungen? ja nein
 - Blutkrankheiten / Gerinnungsstörungen? ja nein
 - Nervenerkrankungen? ja nein
 - Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)? ja nein
 - Tumorerkrankung? ja nein
 - Strahlen- / Chemotherapie? ja nein
 - Bestrahlung im Kopf- / Halsbereich? ja nein
 - Nehmen Sie Bisphosphonate? ja nein
- Wenn ja, welche?

• Sonstige Erkrankungen? ja nein
Wenn ja, welche?

8. Rauchen Sie? ja nein

Wenn ja, Anzahl _____ Zig./Tag

9. Für unsere Patientinnen
Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Wenn ja, in welcher Woche? _____

Datum, Ort

Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter