

# ANAMNESEBOGEN

|               |                                                                                                                                                         |         |           |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-----------|
| Patient       | Name                                                                                                                                                    | Vorname | geb.Datum |
| Versicherter  | Name                                                                                                                                                    | Vorname | geb.Datum |
| Anschrift     | Straße Hausnummer                                                                                                                                       |         | PLZ Stadt |
| Telefonnummer | Krankenkasse                                                                                                                                            |         |           |
| Beruf         | Sind sie Beihilferechtigt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein                                                                    |         |           |
|               | Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein                                                        |         |           |
|               | Soll die EPA von uns genutzt werden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein                                                          |         |           |
|               | Haben Sie eine Pflegegrad/stufe? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein                                                              |         |           |
|               | Wenn ja, welche? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 |         |           |

## Haben oder hatten Sie folgende Krankheiten:

### Allgemeine Situation

|                                               |                             |                               |
|-----------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Allergien                                     | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Wenn ja, welche?                              |                             |                               |
| Asthma                                        | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Herzerkrankung                                | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hoher/niedriger Blutdruck                     | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Nierenerkrankung                              | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Blutgerinnungsstörung                         | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Bisphosphonate/Chemotherapie?                 |                             |                               |
| (auch in der Vergangenheit)                   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Nervenerkrankung                              | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Anfalls leiden (Epilepsie)                    | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Lebererkrankung                               | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Infektionen:                                  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| TBC/AIDS                                      | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Akute Hepatitis                               | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Zuckerkrankheit (Diabetes)                    | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Augenerkrankung (z.B. Star)                   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Gibt es Medikamente, die Sie nicht vertragen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Wenn ja, welche?                              |                             |                               |

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit oder regelmäßig ein?

Wann wurden Sie zuletzt zahnärztlich geröntgt ?

Vor \_\_\_\_\_ Monaten

Bei Zahnarzt

Adresse

Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis wohlfühlen. Sollten Sie Fragen haben, stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. **Ihr Praxisteam**

### Zahnarztpraxis Paßlack

Rathausallee 12-14, 47239 Duisburg

Email: praxis-passlack@t-online.de

Tele: 02151 / 400 113

Web: www.zahnarztpraxis-passlack.de

Fax: 02151 / 400 411

### Zahn-Mund-Situation

|                                                |                             |                               |
|------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Zahnfleisch bluten                             | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Geräusche im Kiefergelenk                      |                             |                               |
| (z.B. beim Kauen oder Gähnen)                  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Schmerzen am Kopf/Nacken                       | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Tragen Sie Zahnersatz                          | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Sind Sie an einer professionellen Zahn-        |                             |                               |
| reinigung interessiert? (keine Kassenleistung) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Welches besondere Anliegen führt Sie in unsere Praxis?

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

Möchten Sie regelmäßig an die nächste Kontrolluntersuchung erinnert werden?

☐ schriftlich ☐ per E-Mail ☐ Keine Erinnerung

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

☐ Internet ☐ Gelbe Seiten ☐ Zeitung ☐ Empfehlung

Frauen:

Besteht eine Schwangerschaft ?

Ja \_\_\_\_\_ Woche ☐ Nein ☐ Ungewiss

Auf Grund des Mutterschutzes bitten wir um sofortige Mitteilung vor der Behandlung sobald eine Schwangerschaft bekannt ist.

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Fahrtauglichkeit nach einer lokalen Betäubung eingeschränkt ist. Sollten Sie nach einer Behandlung Änderungen Ihres Gesundheitszustandes feststellen, bitten wir unverzüglich um Mitteilung.

Datum Unterschrift (bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter)