

Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
 für eine gute Beratung und Behandlung müssen wir einige **Fragen** an Sie richten.
 Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen **Schweigepflicht**.
 Damit der **Anamnesebogen** aktuell bleibt, bitten wir um Mitteilung von Änderungen.
 Bei Fragen steht Ihnen unser **Praxis-Team** gerne zur Verfügung!

Ihr Zahnarztpraxis - Team Diemer
 Ehrlerstraße 1-3 | 73479 Ellwangen

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Straße:
PLZ:	Wohnort:
Telefon / Handy:	Email:
Krankenkasse:	Hauptversicherter:
Beruf:	geb.:
Arbeitgeber:	

Allgemeinerkrankungen

1	Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? welche?	Ja	Nein
2	Haben Sie Allergien? worauf?	Ja	Nein
3	Bei Frauen: Sind Sie schwanger?	Ja	Nein
4	Sind Sie Träger einer Infektionskrankheit ? z.B.: Hepatitis A, B, C; HIV, TBC	Ja	Nein
5	Nehmen Sie blutgerinnungshemmende Mittel? z.B.: Marcumar, Aspirin, Thrombo-Ass, Heparin, Plavix, ...	Ja	Nein
6	Haben Sie eine Erkrankung im Herz-Kreislauf-System? z.B.: Bluthochdruck, Angina pectoris, Herzinfarkt, Rhythmusstörung, Herzfehler, Klappenersatz, Herzschrittmacher	Ja	Nein
8	Haben Sie eine Atemwegserkrankung? z.B.: Asthma, chronische Bronchitis, Tuberkulose	Ja	Nein
9	Haben Sie eine Erkrankung des Nervensystems? z.B.: Schlaganfall, Epilepsie, Multiple Sklerose, Neuralgien, Trigeminusneuralgie	Ja	Nein
10	Haben Sie Diabetes: seit wann? insulinpflichtig?	Ja	Nein
		Ja	Nein
11	Haben Sie eine Nierenerkrankung?	Ja	Nein
12	Haben Sie ein psychisches Leiden? z.B.: Angst, Depression	Ja	Nein
13	Haben Sie eine Erkrankung der Augen? z.B.: Glaukom, ...	Ja	Nein
14	Haben Sie sonstige Erkrankungen? welche?	Ja	Nein
15	Sind Sie Raucher?	Ja	Nein



Anamnesebogen

Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen

<input type="checkbox"/> 16	Ist ein Zahn besonders empfindlich?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> 17	Haben Sie häufiger Zahnfleischbluten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> 18	Hatten Sie jemals eine Parodontitisbehandlung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> 19	Stört ein Zahn beim Kauen, Schließen, Schlucken, Sprechen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> 20	Haben Sie Kiefergelenksbeschwerden? Haben Sie Halswirbelsäulenbeschwerden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> 21	Schnarchen Sie?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> 22	Haben Sie bei sich schlechten Atem bemerkt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> 23	Hatten Sie Operationen im Mund-, Kiefer- oder Gesichtsbereich?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> 24	Haben Sie bereits Implantate erhalten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> 25	Sind Sie zufrieden mit der äußeren Erscheinung ihrer eigenen Zähne?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Recallsystem:

Möchten Sie in regelmäßigen Abständen durch eine Postkarte oder eine Email an Ihre zahnärztlichen Kontrolltermine erinnert werden?

Ja Nein

Email Postkarte

Professionelle Zahnreinigung:

Wir empfehlen allen unseren Patienten regelmäßig eine Prophylaxe gegen Zahn- und Zahnfleischerkrankungen bei einer Zahnmedizinischen Fachhelferin durchführen zu lassen.

Wir bemühen uns sehr, lange Wartezeiten zu vermeiden. Wir bitten daher auch Sie, Ihre Termine pünktlich einzuhalten, oder möglichst rechtzeitig abzusagen, falls Sie einmal verhindert sein sollten.

Sollten Ihnen die Wartezeiten zu lang erscheinen, melden Sie sich bitte an der Rezeption.

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Hausarzt Freunde / Bekannte Internet Sonstiges