

ANAMNESEBOGEN

Name:..... Adresse:.....

Vorname:.....

Geburtsdatum:..... Telefon:.....

Krankenversicherung: gesetzlich privat Beihilfe

Besteht eine private Zusatzversicherung (nur GKV) ja nein

ALLGEMEINMEDIZINISCHE ANAMNESE: JA NEIN

• Haben Sie gegenwärtig irgendwelche Allgemeinbeschwerden? Welche?.....

• Waren Sie in den letzten Jahren im Krankenhaus oder in ärztlicher Behandlung?
HAUSARZT:.....

• Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Welche?.....

• Bluten Sie lange nach einer Verletzung? (Blutgerinnungsstörung/Marcumar?).....

Hatten Sie jemals:

• Eine ungewöhnliche Reaktion auf Spritzen oder Medikamente?.....

• Asthma, Heuschnupfen oder Allergien?.....

• Herzerkrankungen (Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzbeschwerden, Schrittmacher)?

• Haben Sie einen Herzpaß?.....

• Kreislaufstörungen(z.B. zu hoher oder zu niedriger Blutdruck)?.....

• Rheumatische Erkrankungen, Gelenkerkrankungen?.....

• Lebererkrankungen (Gelbsucht, Hepatitis)?.....

• Schilddrüsenerkrankung (Über- oder Unterfunktion)?.....

• Diabetes (Zuckerkrankheit)?.....

• Atemwegserkrankungen?.....

• Nierenerkrankungen?.....

• Infektiöse Erkrankungen?.....

• Rauchen Sie? Wieviel?...../Tag

• Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft? Welche Woche?.....

BITTE WENDEN

ANAMNESEBOGEN

ZAHNÄRZTLICHE ANAMNESE

JA NEIN

- Was ist die Ursache Ihres Zahnarztbesuches?.....
 - Haben Sie Beschwerden an den Zähnen? Wo?..... JA NEIN
 - Haben Sie Beschwerden am Zahnfleisch? Wo?..... JA NEIN
 - Ist Ihre Kaufähigkeit beeinträchtigt?..... JA NEIN
 - Haben Sie Schmerzen oder ein Spannungsgefühl im Kiefergelenks-/Gesichtsbereich? JA NEIN
 - Haben Sie häufig Kopf- und/oder Nackenschmerzen?..... JA NEIN
 - Haben Sie manchmal einen Metallgeschmack?..... JA NEIN
 - Haben Sie Angst vor der zahnärztlichen Behandlung?..... JA NEIN
 - Nehmen/Nahmen Sie Bisphosphonate gegen Osteoporose oder Tumorerkrankungen ein?..... JA NEIN
 - Möchten Sie regelmäßig an Kontrolltermine erinnert werden?..... JA NEIN
 - Wünschen Sie eine naturheilkundlich orientierte Behandlung, auch wenn diese vielleicht nicht vollständig von Ihrer Krankenkasse getragen wird?..... JA NEIN
 - Wünschen Sie ergänzende Behandlungsmöglichkeiten, wenn dadurch der Einsatz von Medikamenten vermieden oder stark reduziert werden kann?..... JA NEIN
- Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?.....

Medikamente, auch Betäubungsspritzen können Ihre Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen!

Sollte im Unterkiefer eine Betäubungsspritze notwendig sein, erfolgt eine Anästhesie des gesamten Unterkiefernerfs einer Seite. Dabei kann in sehr seltenen Fällen (ca. 0,1%) der Nerv vorübergehend oder bleibend geschädigt werden. Dies ist mit einem Taubheitsgefühl im Kinnbereich und/oder der Zunge verbunden.

Ich verpflichte mich, Änderungen meines Gesundheitszustandes (neue Medikamente, Erkrankungen, etc.) vor der jeweiligen Behandlung anzugeben.

Ich versichere alle Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben

Datum

Unterschrift