

# Herzlich willkommen in unserer Praxis !



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte nehmen Sie sich Zeit, diesen **zweiseitigen** Fragebogen in Ruhe auszufüllen.

Die gewissenhafte Beantwortung der Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand ist für Ihre Behandlung von entscheidender Bedeutung. Sollten Sie beim Beantworten einzelner Fragen Schwierigkeiten haben, helfen wir Ihnen gerne.

Sollten im Laufe der Zeit, in der Sie in unserer Praxis betreut werden, Änderungen an den nachfolgend von Ihnen gemachten Angaben ergeben, bitten wir Sie, uns diese umgehend mitzuteilen. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Ihr Praxisteam der Zahnarztpraxis Stahlfast

## ANAMNESEBOGEN

### Patient

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

### Mitglied ( Versicherter )

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
--------------------	----------

<b>Telefon</b> privat mobil beruflich / tagsüber Email
--

### Beruf

### Krankenkasse o. Versicherung: Status: ( bitte ankreuzen )

gesetzlich versichertes Mitglied : Beihilfe :

private Zahnzusatzversicherung : private Krankenversicherung:

freiwillig versichertes Mitglied: private Krankenversicherung Basistarif:

Name u. Anschrift o. Telefonnummer Ihres Hausarztes / Internisten

### Allgemein

	Nein	Ja	Wenn ja, welche/woran
--	------	----	-----------------------

Haben Sie einen Allergiepäss ?			
--------------------------------	--	--	--

<b>Haben Sie Überempfindlichkeiten / Allergien:</b> z.B. auf Medikamente wie Penicillin, Jod etc. Metalle oder andere Werkstoffe ?			
--	--	--	--

Leiden Sie an Asthma, Heuschnupfen oder Bronchitis ?			
--	--	--	--

Haben Sie <b>Diabetes</b> ? Wenn ja, welcher Typ ?			
--	--	--	--

Welche <b>Medikamente</b> nehmen Sie zur Zeit regelmäßig ein ?			
--	--	--	--

Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel ?			
--	--	--	--

Leiden Sie an <b>Osteoporose</b> ? Wenn ja, bekommen Sie Medikamente ( z. B. Bisphosphonate ) ?			
---	--	--	--

Nehmen Sie <b>blutverdünnende</b> Medikamente ein ( z.B. Aspirin, Falithrom, Marcumar ) ?			
---	--	--	--

<b>Bluten</b> Sie lange nach Verletzungen ?			
---	--	--	--

<b>Herz-/ Kreislauferkrankungen</b>	<b>Nein</b>	<b>Ja</b>	<b>Jahr</b>
Herzrhythmusstörungen Herzinsuffizienz Erhöhter Blutdruck Herzklappenfehler oder – ersatz Herzschrittmacher Herzinfarkt, Herzbeutelentzündung ( Angina pectoris ) wenn ja; wann ?			
Hatten Sie schon einen <b>Schlaganfall</b> ?			
Wurden Sie jemals wegen einer <b>Tumorerkrankung</b> behandelt ?			
Haben Sie Anfallsleiden ( <b>Epilepsie</b> ) ?			
<b>Rauchen</b> Sie ? Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag ?			
Hatten Sie jemals <b>Gelbsucht, Tuberkulose</b> oder <b>schweres Rheuma</b> ?			
Leiden Sie unter <b>Infektionskrankheiten</b> ( Hepatitis, HIV ) ?			
Haben Sie <b>Leber-, Magen- oder Darmerkrankungen</b> ?			
Sind Sie <b>schwanger</b> ? Wenn ja, welche Woche ?			

<b>Zahnärztlich</b>	<b>Nein</b>	<b>Ja</b>	<b>Jahr</b>
Wann waren Sie das <b>letzte</b> Mal in zahnärztlicher Behandlung ?			
Von wann stammt die <b>letzte</b> Röntgenuntersuchung aus dem Kopfbereich ?			
<b>Bluten</b> Sie regelmäßig beim Zähneputzen ?			
Benutzen Sie neben der Zahnbürste noch <b>weitere Reinigungsutensilien</b> ?			
Wurde bei Ihnen schon eine <b>professionelle Zahnreinigung</b> ( PZR ) durchgeführt ?			
<b>Knirschen</b> Sie mit den Zähnen ?			
Leiden Sie unter <b>Spannungskopfschmerz</b> ?			

Wie schätzen Sie **persönlich** Ihre Zahnpflege ein ? Bitte ankreuzen.

<b>Sehr gut</b>	<b>gut</b>	<b>befriedigend</b>	<b>ausreichend</b>	<b>eher schlechter</b>

**Wie wurden Sie auf uns aufmerksam ?** Bitte ankreuzen.

1. Durch Empfehlung von ?
2. Über das Internet ?
3. Durch das Telefonbuch ?

Ich bin damit einverstanden, dass bei Bedarf eine Fotodokumentation von mir erstellt und verwendet wird.

Ich bin mit dem **Praxis- Recall- System** ( Erinnerung an notwendige Prophylaxe / Dentalhygiene / Untersuchungen / Behandlungen / Termine per Post, Email, SMS oder Telefon einverstanden.

#### **Aufklärung und Einverständniserklärung**

##### **Lokalanästhesie**

Um eine zahnärztliche Behandlung weitgehend schmerzfrei durchführen zu können, ist manchmal eine **Lokalanästhesie** ( örtliche Betäubung ) erforderlich. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass bei mir bzw. meinem Vormund bei Bedarf eine Lokalanästhesie durchgeführt wird. Ich wurde darüber aufgeklärt, dass hierbei folgende Komplikationen bzw. Risiken bestehen :

- Hämatom ( Bluterguss )
- Nervschädigung ( Taubheitsgefühl, Kribbeln )
- Selbstverletzung ( Bissverletzung )
- allergische Reaktionen ( Unverträglichkeiten, Ohnmacht )
- Nadelbruch
- Beeinträchtigung der Verkehrstüchtigkeit

Lüssow, den ..... **Unterschrift** .....