

ANAMNESEBOGEN 1

Allgemeine zahnärztliche Anamnese

Name	_____	Telefon dienstlich	_____
Vorname	_____	Mobiltelefon	_____
Geburtstag	_____	E-Mail	_____
Postleitzahl	_____	Versicherung	_____
Wohnort	_____	Beruf	_____
Straße	_____	Mein Hausarzt	_____
Telefon privat	_____	Mein Heilpraktiker	_____

Ich komme auf Empfehlung von \_\_\_\_\_

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau!

Die Antworten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt. Bitte das ankreuzen, was auf Sie zutrifft.

1.) Herz/Kreislaufferkrankungen

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck       | <input type="checkbox"/> Labiler Kreislauf | <input type="checkbox"/> Endokarditis      |
| <input type="checkbox"/> Künstl. Herzklappen | <input type="checkbox"/> Herzoperation     | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____     |  |  |

2.) Infektiöse Erkrankungen

- |                                     |   |                                      |
|-------------------------------------|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> AIDS       | <input type="checkbox"/> Hepatitis  | <input type="checkbox"/> Tuberkulose |
| <input type="checkbox"/> Borreliose | <input type="checkbox"/> Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) oder deren Variante (vCJK) |                                      |
| <input type="checkbox"/> andere     | Welche? _____   |                                      |

3.) Allergien/Unverträglichkeiten

- |                                       |  |  |                                  |
|---------------------------------------|--|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Antibiotika  | <input type="checkbox"/> Schmerzmittel | <input type="checkbox"/> Zahn.- Spritzen | <input type="checkbox"/> Metalle |
| <input type="checkbox"/> Lebensmittel | Welche? _____                          |  |                                  |
| <input type="checkbox"/> Sonstige     | Welche? _____                          |  |                                  |
| <input type="checkbox"/> Allergien    | Welche? _____                          |  |                                  |





13.) Haben Sie Interesse an einer professionellen Zahnreinigung?

 Ja Nein

14.) Haben Sie Probleme mit der Kopf-und Gesichtsmuskulatur u./o.den Kiefergelenken?

 Knacken/Reiben Mundöffnungsstörungen Kaumuskulatur schmerzt Andere Symptome Welche? \_\_\_\_\_

Welche Behandlungsmaßnahmen wurden bisher durchgeführt? \_\_\_\_\_

15.) Haben Sie eine Aufbiß/Knirscherschiene?

 Nein Ja Seit wann?

16.) Wie würden Sie Ihren Schlaf im allgemeinen beschreiben?

 Gut und erholsam Eher schlecht Ich wache oft auf Ich bin tagsüber oft müde Ich schnarche gelegentlich Bekannte Apnoeprobleme

17.) Sind Sie an einer Amalgamsanierung interessiert?

 Ja Nein Wurde schon gemacht

Wenn ja:

 nur Austausch der Amalgamfüllungen in andere Füllungen Austausch der Amalgamfüllungen und medikamentöse Ausleitung

18.) Was ist Ihr Hauptanliegen an mich?

 Kontrolluntersuchung Zahnschmerzbehandlung Zahnfleischbehandlung Bissprobleme neuen Zahnersatz herstellen Ganzheitliche Zahnmedizin Herdsuche Zweitmeinung Sonstiges: \_\_\_\_\_

19.) Haben Sie eine zahnärztliche Zusatzversicherung?

 Ja Nein

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung und Bearbeitung meiner Daten einverstanden.

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben umgehend Mitteilung zu machen. Des weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten, bzw. mindestens 3 Tage vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

Natürlich ganzheitlich behandeln.