

ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient!

Herzlich Willkommen in unserer Praxis! Bevor wir uns in aller Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch einige Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen sorgfältig und gewissenhaft auszufüllen, er wird Ihren persönlichen Unterlagen beigelegt.

Alle Ihre Informationen und Daten unterliegen der zahnärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt. Zusätzlich gelten zu Ihrem Schutz die Bestimmungen der Datenschutzverordnung (DSGVO). Unsere detaillierte Datenschutzinformation liegt in unserer Praxis für Sie aus.

PERSÖNLICHES

Name: Straße/Nr.:
Vorname: PLZ/Ort:
Geburtsdatum: Tel. Festnetz:
Geburtsort: Tel. Arbeit:
Geburtsname: Tel. Mobil:
E-Mail:

Gewicht: kg Körpergröße: cm
Berufliche Situation*: Schüler/Student Hausfrau Rentner
 berufstätig als:
bei Firma

*freiwillige Angabe

VERSICHERUNG

Krankenkasse Gesetzlich versichert | Privat versichert | Zusatzversicherung | Basistarif | Beihilfeberechtigt

Sind Patient und Mitglied der Versicherung nicht identisch, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers:

Name PLZ/Ort:
Vorname: Tel. Festnetz:
Geburtsdatum: Tel. Mobil:
Straße/Nr.: E-Mail:

Bezugsperson/Betreuer:

Ehefrau/Ehemann | Mutter/Vater | Tochter/Sohn | Schwester/Bruder |

Name Tel. Festnetz:
Vorname: Tel. Mobil:
Straße/Nr.: E-Mail:
PLZ/Ort:

Vollmacht/Schweigepflichtentbindungserklärung vorhanden? Ja | Nein

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name:
Ort:

Wer ist Ihr Hauszahnarzt?

Name:
Ort:

GRUND DES HEUTIGEN PRAXISBESUCHS

- Akute Erkrankung:
- Chronische Erkrankung:
- Vorsorge (Kontrolle/PZR):
- Schmerzen (siehe gleich unten im Detail)
 - Beschreibung Ihrer Beschwerden:
 - Seit wann haben Sie die Beschwerden?
 - Wann treten sie auf?

Haben Sie akute Schmerzen? Ja | Nein

Wenn ja, wie äußern sich diese?

- Dauerschmerz
- Zähne reagieren auf süß / sauer
- Manche Zähne sind temperaturempfindlich
- Zähne schmerzen bei Belastung oder Kauen
- Zähne schmerzen auch ohne Belastung
- Schmerzen oder Entzündungen am Zahnfleisch
- Kieferschmerzen / Kiefergelenkschmerzen

Wann waren Sie das letzte Mal beim Zahnarzt?

Haben Sie Angst beim Zahnarzt? Ja | Nein

Sind Sie schon einmal beim (Zahn-)Arzt „umgefallen“? Ja | Nein

Wenn ja, wo und wann?

Wegen welchen Erkrankungen werden oder wurden Sie bereits behandelt?

Gibt es Besonderheiten in Ihrer Krankengeschichte?

Zutreffende bei Mehrfachnennung bitte markieren. (Bei Fragen bei der Beantwortung sind wir Ihnen gerne behilflich.)

In welcher fachärztlichen Behandlung befinden Sie sich regelmäßig?

- Lungenarzt | Orthopäde | Urologe | Kardiologe | Neurologe
- Sonstiges:

Herz-Kreislaufferkrankungen

- Herzschwäche, unregelmäßiger Herzschlag, Herzinfarkt, Herzschrittmacher Ja | Nein
- Herzklappenoperation / Herzklappenentzündungen Ja | Nein
- hoher Blutdruck/niedriger Blutdruck Ja | Nein
- Einnahme blutgerinnungshemmender Medikamente Ja | Nein
- Ohnmachtsanfälle Ja | Nein

Stoffwechselstörungen Ja | Nein

- Diabetes Hb1c
- Schilddrüsenerkrankungen
- Gicht

Organerkrankungen Ja | Nein

- Leber
- Niere
- Lunge
- Magen-Darmerkrankungen

Tumorerkrankungen Ja | Nein
wenn ja, welche?
Chemotherapie, wenn ja wann?
Bestrahlungstherapie, wenn ja wann
und welches Organsystem?
Bisphosphonattherapie/
Antikörpertherapie? Ja | Nein

Immunsupprimierte Patienten Ja | Nein
Hochgradige Neutropenie? Ja | Nein
Mukoviszidose-Erkrankung? Ja | Nein
Organtransplantiert? Ja | Nein
Stammzellentransplantiert? Ja | Nein

Knochenerkrankungen Ja | Nein
Osteoporose, Ja | Nein
wenn ja bitte Angabe von Medikamenten welche zur
Therapie bereits eingesetzt wurden
(Siehe „ Aktuelle Medikation“)
Knochenmetastasen Ja | Nein

Erkrankungen des Nervensystems Ja | Nein
Anfallsleiden/Krampfanfälle/Epilepsi Ja | Nein
Psychische Erkrankungen Ja | Nein

Infektionserkrankungen Ja | Nein
Hepatitis (Leberentzündung) Ja | Nein
HIV-Infektion/AIDS Ja | Nein
multiresistente Keimbesiedelung
(MRSA, VRE, MRGN) Ja | Nein
Tuberkulose Ja | Nein

Allergien / Unverträglichkeiten Ja | Nein
wenn ja, welche?
.....

Sonstige Erkrankungen Ja | Nein

Sind Sie derzeit in Behandlung Ja | Nein
Wenn ja, wo, weshalb?
.....

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein (insbesondere Herzmedikamente, Schmerzmittel, Antidepressiva, Cortison, blutverdünnende Medikamente wie z.B. Marcumar, ASS)?

.....
.....

Waren sie die letzten fünf Jahre im Krankenhaus Ja | Nein

Wenn ja: Wann, wo, weshalb?
Welche Operationen hatten Sie?:
Wenn ja: Wann, wo, weshalb?

Rauchen Sie? Ja | Nein
wenn ja, wieviel Zigaretten pro Tag?

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Ja | Nein
wenn ja, welche Menge welches Getränks?

Konsumieren Sie regelmäßig Drogen? Ja | Nein
wenn ja, welche?

Sind Sie derzeit schwanger? Ja | Nein
wenn ja, in welchem Monat?

Wurden Sie innerhalb der letzten 12 Monate geröntgt? Ja | Nein
wenn ja, von wem und wann?
.....

Besteht derzeit eine akute Erkrankung? Ja | Nein
wenn ja, welche?

.....

Haben Sie derzeit Fieber? Ja | Nein

Haben Sie bereits eine COVID-19-Impfung erhalten?

Ja | Nein

Ermittlung auf Verdacht oder Erkrankung mit dem Coronavirus

Aufgrund der Pandemie des Coronavirus müssen wir Ihnen ein paar Fragen stellen, um einen Verdacht oder Erkrankung mit dem Coronavirus bei Ihnen auszuschließen. Bei Verdacht oder Erkrankung mit dem Coronavirus müssen durch die Praxis gesonderte Maßnahmen getroffen werden.

Haben Sie typische Symptome, wie:

Husten Ja | Nein

Fieber Ja | Nein

Müdigkeit Ja | Nein

Atemwegsbeschwerden/Husten Ja | Nein

Befinden Sie sich in behördlich angeordneter Quarantäne?

Ja | Nein

Hatten Sie direkten Kontakt mit einer erkrankten Person?

Ja | Nein

Wurde in den letzten Tagen ein Coronatest durchgeführt?

Ja | Nein

wenn JA, welches Testergebnis liegt vor? positiv

negativ

Ich,

.....
(Name und Vorname) oder mein gesetzlicher Vertreter

habe den Text betreffend der Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten aufmerksam gelesen, verstanden und willige der Speicherung meiner personenbezogenen Daten ein. Der Text wurde mir ausgehändigt und ist zudem zusätzlich im Wartebereich der Praxis ausgelegt und einsehbar.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann, sofern kein höheres Recht dagegen spricht (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Hiermit bestätige ich, alle vorstehende Angaben in diesem Anamnesebogen nach bestem Wissen und Gewissen wahrheitsgemäß gemacht zu haben sowie die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner obigen Angaben

Hiermit erkläre ich mich ausdrücklich damit einverstanden, dass nach erfolgter Praxisübernahme meine weitere zahnärztliche Behandlung durch die Praxisnachfolgerin Frau Zahnärztin Eva Walzebuck erfolgt. Einer Einsichtnahme in meine bisher von Frau Dr. Antje Faulhaber geführten Patientenunterlagen stimme ich ausdrücklich zu.

Auch stimme ich ausdrücklich zu, dass Frau Zahnärztin Eva Walzebuck die Gewährleistung/die erforderlichen Nachbesserungen für meinen von Frau Dr. Antje Faulhaber gefertigten Zahnersatz übernimmt.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter