



Zahnheilkunde Peter Gebhart
Obere Hauptstraße 32 | 85456 Wartenberg

Tel +49 8762 1284
Email praxis@praxis-gebhart.de
Web www.praxis-gebhart.de

ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient!

Bevor wir uns in Ruhe um Ihre zahnmedizinischen Wünsche bemühen, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Angaben über Ihren Allgemeinen Gesundheitszustand. Da auch Allgemeinerkrankungen Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben können. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen zugefügt. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliches

Name/Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße/Haus-Nr: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon (Privat) _____ Telefon (Handy): _____

E-Mail Adresse: _____ Beruf: _____

Krankenkasse _____

gesetzlich versichert: - ja nein privat versichert: ja nein

Basistarif: ja nein

Zusatzversicherung: ja nein beihilfeberechtigt: ja nein

Wenn sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name/Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße/Haus-Nr: _____ PLZ/Ort: _____

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name: _____ Ort: _____

Telefon _____

Hinweise Zur Organisation

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte sagen Sie ihn mindestens 24 Stunden vorher ab. Danke

Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann. Dies kann sowohl durch die Behandlung selbst, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten hervorgerufen werden. Auf Wunsch rufen wir gerne jemanden für Sie sicher nach Hause bringt.

In eigener Sache

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden:

Telefon/Branchenbuch

Überweisung von _____

von Bekannten empfohlen

Sonstig

Internet über die Seite: _____

Warum suchen Sie uns auf? Wünschen Sie eine/n:

Routinekontrolle

Beratung

Unzufriedenheit mit Ästhetik/Zahnfarbe

Bleaching

andere Gründe, welche?

neuen Zahnersatz

zweite Meinung

Schmerzbehandlung

eine Schilddrüsenerkrankung ja nein

Rheuma ja nein

Tuberkulose ja nein

HIV(Aids) ja nein

Hepatitis ja nein

Wenn ja welcher Typ B B C

Haben Sie akute Schmerzen? ja nein

Wenn ja, wie äußern sich diese?

Dauerschmerz

Zähne reagieren auf süß/sauer

Allergien ja nein

Wenn ja wogegen? _____

Sonstige Erkrankungen? _____

Haben oder hatten Sie...

temperaturempfindliche Zähne

schmerzende Zähne bei Belastung oder Kauen

schmerzende Zähne auch ohne Belastung

Schmerzen oder Entzündungen am Zahnfleisch

Kieferschmerzen / Kiefergelenksschmerzen

Ist etwas vom Zahn weggebrochen _____

eine/n Tumor/Krebserkrankung? ja nein

Wenn Ja: wann und welcher Art?

eine Chemotherapie bekommen? ja nein

Wenn ja wann und welche?

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der/des ...

Herzens oder Kreislaufs ja nein

Wenn ja, welche?: _____

Transplantate/Gelenkersatz ja nein

Wenn Ja: wann und welcher Art? v

Hatten Sie Operationen in den letzten 2 Jahren?

Leber ja nein

Nieren ja nein

Gelenke/Wirbelsäule ja nein

Magen-Darm Traktes ja nein

Bei ja, welche Erkrankung genau?: _____

Haben oder hatten Sie ...

hohen Blutdruck ja nein

Niedrigen Blutdruck ja nein

Diabetes ja nein

Wenn ja Typ _____

Wenn bekannt HbA1c-Wert: _____

Zahnfleischbluten ja nein

Ohrensausen / Tinnitus ja nein

Epilepsie ja nein

Grüner Star ja nein

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten

gegen Medikamente

Spritzen aufgetreten? ja nein

Wenn ja gegen welche? Fühlen Sie sich psychisch stark belastet? ja nein

Trinken Sie Alkohol? ja nein

Für unsere Patientinnen

Sind sie schwanger? ja nein

Wenn ja, in welcher Woche? _____ Nehmen Sie Drogen/Rauschmittel? ja nein

Stillen Sie? ja nein

Ihre Letzte Röntgenaufnahme der Zähne/des Kopfs vom Monat /Jahr? _____

ja nein

Wenn Ja: wann und welcher Art?

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie eine/n:

Herzklappenersatz ja nein

Wenn Ja: wann? _____

Herzklappenentzündung ja nein

Wenn Ja: wann? _____

Herzschrittmacher ja nein

Angina Pectoris ja nein

Herzinfarkt ja nein

Welche Medikamente nehmen Sie?

Herzmedikamente Schmerzmittel

Blutverdünner, z.B Marcumar, Ass

Bisphosphonate(seit wann /in welchem Jahr?)

Cortison Antidepressiva

Immunsuppressiva sonstige Medikamente:

Allgemeine Fragen

Knirschen Sie mit den Zähnen? ja nein

Fühlen Sie sich psychisch stark belastet? ja nein

Rauchen Sie? ja nein

Wenn ja wieviel pro Tag? _____

Ort, Datum

Unterschrift Versicherter

Ihr strahlendes Lächeln ist unsere Profession.