



# ZAHNARZTPRAXIS IM SPECTRUM AM UKE

Implantologie · Zahnmedizin · Oralchirurgie

## Anamnesebogen

### ANGABEN ZU IHRER PERSON

#### Patient

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Besteht zurzeit eine Schwangerschaft?  Ja  Nein  Ungewiss

#### Zahlungspflichtiger (in der Regel der Patient selbst, bei Kindern der Erziehungsberechtigte)

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_  Schüler/Student/Auszubildender

Name des Arbeitgebers: \_\_\_\_\_

Name des Kostenträgers (Krankenkasse oder Versicherung): \_\_\_\_\_

- |                                                                              |                                                                            |                                             |
|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> pflichtversichert                                   | <input type="checkbox"/> privat versichert                                 | <input type="checkbox"/> nicht versichert   |
| <input type="checkbox"/> freiwillig versichert                               | <input type="checkbox"/> privat zusatzversichert                           | <input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt |
| <input type="checkbox"/> Standardtarifversichert<br>gemäß § 25 Abs. 2a SGB V | <input type="checkbox"/> zuschussberechtigt<br>(Sozialamt, Versorgungsamt) |                                             |

### ANGAGEN ZU IHREM GESUNDHEITSSTATUS

1. Hatten Sie eine der folgenden Krankheiten?

a)

- |                                                   |                                                                           |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asthma (schwere Atemnot) | <input type="checkbox"/> Tuberkulose                                      |
| <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit          | <input type="checkbox"/> Leberkrankheiten                                 |
| <input type="checkbox"/> Rheuma                   | <input type="checkbox"/> Hepatitis A/B/C (Gelbsucht)                      |
| <input type="checkbox"/> Bluterkrankungen         | <input type="checkbox"/> Anfallsleiden (Epilepsie)                        |
| <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen  | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen,<br>ggf. seit wann..... |
| <input type="checkbox"/> HIV-Infektion            | <input type="checkbox"/> Erkrankungen des Nervensystems                   |
| <input type="checkbox"/> Psychische Erkrankungen  | <input type="checkbox"/> Grauer Star                                      |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen       | <input type="checkbox"/> Tumorerkrankungen,<br>wenn ja, welche.....       |
| <input type="checkbox"/> Grüner Star              |                                                                           |

b) Allergische Reaktionen/Unverträglichkeit von Medikamenten bzw. Materialien

Ja  Nein

Wenn ja, welche .....

c)

- |                           |                             |                               |
|---------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Herzinfarkt               | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Nehmen Sie Blutverdünner? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Schlaganfall              | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Lähmungen                 | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

2. Wie hoch ist Ihr Blutdruck?

- niedrig       normal       hoch

3. Tragen Sie einen Herzschrittmacher?

- Ja       Nein

4. Nehmen Sie Medikamente?

- Ja       Nein

Wenn ja,  
welche?.....

5. Rauchen Sie?

- Ja       Nein

Wenn ja, wie viel?.....

6. Nehmen Sie regelmäßig Alkohol oder Drogen zu sich?

- Ja       Nein

Wenn ja, welche?.....

7. Sonstige Angaben/andere Erkrankungen:.....

8. Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung?

Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für 4-6 Stunden beeinträchtigt sein kann.

- Ja       Nein

9. Wann war die letzte Röntgenuntersuchung?.....

Haben Sie einen Röntgenpass?

- Ja       Nein

Haben Sie ein Bonusheft?

- Ja       Nein

10. Möchten Sie an Ihre nächsten Vorsorge-/Prophylaxe-Behandlungen von uns erinnert werden?

- Ja       Nein

Wenn ja, welche Ansprache würden Sie von uns präferieren?

- E-Mail       Post       Anruf per Telefon

Wie bzw. durch wen sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? .....

Wichtig: Um einen reibungslosen Behandlungsablauf zu gewährleisten, sind unsere Terminierungen verbindlich. Falls ein Termin Ihrerseits nicht eingehalten werden kann, bitten wir sie diesen mindestens 24 Stunden im Voraus abzusagen, anderenfalls behalten wir uns vor die Ausfallzeit in Rechnung zu stellen.

Datum/Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten

(hiermit bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner oben gemachten Angaben)