

Pia Forth - Zahnärztin
Dipl.-Stom. M. Körner – Zahnarzt

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bevor wir uns über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren persönlichen Daten auch einige Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig, für eine adäquate und risikofreie Behandlung.

Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht. Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen in Ihrem Interesse sorgfältig. Falls Sie die folgenden Fragen für Ihr Kind beantworten, beziehen sich diese auf dessen Person bzw. dessen Gesundheitszustand.

<hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <p>Name, Vorname</p>	<hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <p>Geburtsdatum</p>	<p>falls familienversichert:</p>
<hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <p>Straße, Hausnummer</p>	<hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <p>Postleitzahl, Ort</p>	<hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <p>Name des Versicherten</p>
<hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <p>Telefonnummer</p>	<hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <p>Mobiltelefon</p>	<hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <p>Straße, Hausnummer</p>
<hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <p style="text-align: center;">@</p> <p>E-Mail-Adresse</p>		<hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <p>Postleitzahl, Ort</p>

Bitte zutreffendes ankreuzen!

Haben Sie einen Pflegegrad oder eine Wiedereingliederungshilfe? ja nein
Wenn ja, welche? _____

Sind sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? ja nein
Name des Hausarztes _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein
Wenn ja, welche? 1. _____ weshalb _____
2. _____ weshalb _____
3. _____ weshalb _____
4. _____ weshalb _____

Neigen Sie zu allergischen Reaktionen? ja nein
Wenn ja, worauf? _____

Haben Sie einen Allergiepass? ja nein

Leiden oder litten Sie unter folgenden Erkrankungen

hoher Blutdruck	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
niedriger Blutdruck	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Magenerkrankungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Darmerkrankungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Tumorerkrankungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

- bitte wenden -

Herzerkrankungen (Klappenersatz, Infarkt, Angina pectoris, Herzfehler, Endokarditis, Herzschrittmacher)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Nierenerkrankungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
grüner Star (Glaukom)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Lebererkrankung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Krampfleiden (Epilepsie)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Rheumatische Erkrankungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Asthma	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Diabetes mellitus	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Infektionskrankheiten (Tuberkulose, Hepatitis, Aids/HIV)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Osteoporose	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Haben Sie einen Herzpass bzw. müssen Sie vor zahnärztlicher Behandlung ein Antibiotikum einnehmen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Leiden oder litten Sie an einer Erkrankung, die hier nicht aufgeführt ist? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Neigen Sie zu Ohnmacht?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Leiden Sie unter Zahnfleischbluten?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Leiden Sie unter Mundgeruch?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Haben Sie häufig Kopf- oder Nackenschmerzen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Traten bei Ihnen Komplikationen nach Betäubungsspritzen, Zahnextraktionen oder bei sonstigen zahnärztlichen Maßnahmen auf?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Für weibliche Personen: Besteht zurzeit eine Schwangerschaft?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Haben Sie eine private Zusatzversicherung?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Die hier erhobenen Daten erlauben uns neben der Behandlungsrelevanz auch Kontakt zu unseren Patienten aufzunehmen.

Ich bin damit einverstanden ja nein

Der Patient hat jederzeit das Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung personenbezogener Daten und kann die Einwilligung jederzeit zurückziehen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Teilen Sie uns bitte bei folgenden Behandlungen mit, ob sich ihr Gesundheitszustand verändert hat. Sollten Sie die gestellten Fragen nicht mehr vollständig in Erinnerung haben, lassen Sie sich diesen Anamnesebogen wieder vorlegen.

Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis wohl fühlen.

Sollten Sie Fragen haben, stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten oder dessen gesetzlicher Vertreter