

Anamnesebogen



Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch einige Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dieses ist wichtig für eine risikofreie Behandlung. Bitte teilen Sie uns auch künftig sämtliche Änderungen z.B. Ihrer Adresse oder Ihres Gesundheitszustandes mit.

Ihre Angaben werden von uns elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliche Daten

| | | |
|------------------------------|----------------|------------|
| Name des Patienten | Vorname | Geboren am |
| Name des Versicherten | Vorname | Geboren am |
| Strasse | PLZ/ Ort | |
| Telefon (Festnetz und Mobil) | E-Mail Adresse | |
| Beruf | Hausarzt/Ort | |

Wünschen Sie eine Erinnerung (Recall) für die zahnärztliche Kontrolle / Individualprophylaxe?
Dann tragen Sie bitte Ihre aktuelle E-Mail Adresse ein und informieren uns ggf. über Änderungen.

- Ich bin gesetzlich versichert
- Ich bin privat versichert
- > Basistarif <
- Ich bin beihilfeversichert
- Ich bin nicht versichert
- Pflegegrad Stufe:

Wie sind Sie auf unsere Praxis gekommen?
Bitte kurze Angabe:

Allgemeinmedizinische Anamnese

Bitte zutreffendes **ankreuzen**

JA

NEIN

Waren Sie in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung?
Wenn ja, weshalb?

Nehmen Sie zurzeit regelmäßig Medikamente ein?
Wenn ja, welche? Bitte alle angeben.

Bluten Sie lange nach einer Verletzung?

Besteht eine allergische Reaktion auf Medikamente/Materialien?
Wenn ja, auf welche?

Nehmen Sie oder haben Sie Medikamente aus der Gruppe der Bisphosphonate genommen oder gespritzt bekommen (werden bei Osteoporose oder Tumorerkrankungen eingesetzt)?
Wenn ja, welche?

Rauchen Sie?
Wenn ja, wie viele ?

Trinken Sie regelmäßig Alkohol oder nehmen andere Drogen zu sich? Wenn ja, welche?

Besteht eine Schwangerschaft?
Wenn ja, welche Woche?

BITTE WENDEN



Kinderanamnese- und Beratungsbogen

Herzlich Willkommen in unserer Praxis.

Wir möchten Ihrem Kind eine bestmögliche und individuelle Behandlung ermöglichen. Dabei ist Ihre Mithilfe notwendig. Bitte füllen Sie nachfolgenden Bogen sorgfältig aus.

| | | |
|----------------------------------|--|---|
| Vorname | Name: | geb.: |
| Straße: | PLZ/ Wohnort: | ☎Telefonnummer |
| Erziehungsberechtigter: | Anschrift – nur wenn abweichend: | Hobbies: |
| Familienversichert bei: | | gesetzlich <input type="radio"/> privat <input type="radio"/> |
| Über wen: | geb.: | |
| Hat Ihr Kind Lutschgewohnheiten | : Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> | |
| Welche | : Daumen/ Finger <input type="radio"/> Schnuller <input type="radio"/> | |
| | Sonstiges: | |
| Putzt Ihr Kind die Zähne alleine | : Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> | Wie oft: |
| Kieferorthopädische Behandlung: | Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> | Bei wem: |
| Kinderarzt / Ort | : | |
| Hat Ihr Kind Beschwerden? | : Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> | Welche: |

Welche Leistungen sind für Sie interessant, worüber möchten Sie informiert werden?

| | |
|---|---|
| Vorsorge zum langfristigen Erhalt der Zähne / Prophylaxe | <input type="radio"/> |
| Behutsames Heranführen des Kindes (Desensibilisieren) an alle Geräte und Geräusche durch eine geschulte Helferin | <input type="radio"/> |
| Ernährungsberatung <input type="radio"/> | Hochwertige Füllungen <input type="radio"/> |
| Eigene Fragen/Wünsche | : |
| Grund Ihres Besuches : | |
| Erster Besuch beim Zahnarzt ? | Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> |
| Hat Ihr Kind Angst? | Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> |

Spezielle Anamnese

Normale Entwicklung des Kindes : Ja Nein

Anmerkung :

Allergien : Ja Nein Allergiepaß ? :

Welche :

Hat/ hatte Ihr Kind nachfolgend benannte Erkrankungen:

Gelbsucht Herzerkrankungen/ -fehler Lunge/ Asthma

Diabetes Nierenerkrankungen Krampfanfälle

ADHS / ADS Angstzustände Blutgerinnungsstörung

Einschränkung von: Sehkraft Gehör

Sonstige :

Medikamenteneinnahme : Ja Nein welche:

Ist Ihr Kind z. Z. in ärztlicher Behandlung? Ja Nein warum:

Ernährung / Essgewohnheiten

Überwiegend süß Obst gemischt Fast food

Fruchtsäfte Limonaden Mineralwasser

Tee gesüßt ungesüßt

Sollten wir etwas bei der Behandlung Ihres Kindes beachten?

Vielen Dank für Ihre Bemühungen, bitte teilen Sie uns rechtzeitig mit, wenn sich etwas ändert!

Wir sind bemüht, Ihnen und Ihrem Kind lange Wartezeiten zu ersparen. Daher planen wir Behandlungszeiten ein, die nur für Sie bereitgestellt werden. Sollten Sie Ihren Termin nicht wahrnehmen, entsteht in unserer Praxis Leerlauf.

Deshalb bitten wir Sie, falls Sie verhindert sind, vereinbarte Termine mind. 24 Stunden vorher abzusagen.

Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine nach Zeitaufwand und der geplanten Behandlung in Rechnung zu stellen.

Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Terminsystem eingebunden werden müssen- dadurch kann es in seltenen Fällen zu Zeitverzögerungen kommen.

Sie werden dann umgehend informiert.

Gibt es Fragen oder Probleme beim Ausfüllen des Formulars?

Wir helfen Ihnen gerne weiter- persönlich direkt am Empfang oder telefonisch unter 04122-1799.

Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten
