

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten können, benötigen wir noch einige Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand.

Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben.

Deshalb bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen sorgfältig auszufüllen.

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Beruf: _____

Hausarzt: _____

Krankenkasse: _____

Mitglied (Name u. Geburtsdatum): _____

priv. Versicherung: _____

Zusatzversicherung: nein ja

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Rauchen Sie? nein bis 10 Stk./tägl. über 10 Stk./tägl.

Besteht eine Schwangerschaft? nein ja Woche: _____

Wie lange liegt die letzte Röntgenaufnahme zurück?

zahnärztlich: _____ allgemeinärztlich: _____

Sind Allergien, Arzneimittelunverträglichkeiten bekannt? nein ja

Wenn ja, welche: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? nein ja

Wenn ja, welche: _____

ZAHNARZT
NAZAR BUCHKOVSKYI

DIE PRAXIS AM KÖHLFLEET

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand.

Haben/ Hatten Sie eine(n)...

Angina Pectoris	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	hohen Blutdruck	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Herzschrittmacher	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	niedrigen Blutdruck	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Herzklappenerkrankung/-defekt	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	Herzinfarkt	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Herzrhythmusstörungen	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	Asthma	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Endokarditis-Prophylaxe	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	Ohnmachtsanfälle	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Zuckerkrankheit (Diabetes)	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	Hepatitis A/B/C	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Hauterkrankung	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	HIV/AIDS	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Schilddrüsenerkrankung	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	Tuberkulose	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Anfallsleiden (Epilepsie)	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	Rheuma	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Migräne/Kopfschmerzen	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	Osteoporose	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Nierenerkrankung (Dialyse)	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	Herpes	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Magen- Darmerkrankung	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>			

Andere Erkrankungen? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Befinden Sie sich in einer laufenden Behandlung? nein ja

Wenn ja, nennen Sie bitte die Erkrankung und Art der Therapie.

Ich möchte ins Recallsystem der Praxis aufgenommen werden nein ja

(unverbindlicher Service der Praxis- Erinnerungsdienst für die halbjährliche Vorsorgeuntersuchung)

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

Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit und bitten Sie, uns Änderungen umgehend mitzuteilen.

Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben.

Hamburg, den _____

Datum

Unterschrift Patient(in)/Erziehungsberechtigte(r)