



Dr. Hubert Kienle-ZÄ Katharina Kienle- ZÄ Barbara Hampp-Dr. Manuel Müller-Hahl

Anamnesebogen

Für eine risikofreie Behandlung ist die sorgfältige Beantwortung des Anamnesebogens mit Fragen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustandes für uns von großer Bedeutung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz, was von uns streng vertraulich behandelt wird.

1. Anschrift

Name: _____

Straße: _____

Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Tel. tagsüber:* _____

Tel. mobil:* _____

E-Mail: * _____

Zusatzversicherung: _____

Beruf: _____

2. Grund des Besuchs

Schmerzen ja O

Mundgeruch ja O

Kontrolluntersuchung ja O

Knirschen ja O

Zahnfleischbluten ja O

Nackenverspannung ja O

3. Beratungswunsch

Haben Sie Angst vor dem Zahnarztbesuch? ja O

Haben Sie Angst vor einer Spritze ja O

Leiden Sie unter Zahnfleischbluten? ja O

Starker Würgereiz? ja O

Starke Schmerzempfindlichkeit ja O

Sind Sie Raucher? ja O

Befinden Sie sich derzeit in ärztlicher Behandlung?

Wo _____ ja O nein O

Besteht eine Schwangerschaft ja O nein O

Wenn ja, in Woche _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung von _____

Anzeige

Internet

Sonstiges _____

4. Allgemeine Fragen:

Haben Sie Interesse an einer Professionellen Zahnreinigung? ja O nein O

Möchten Sie an die Vorsorgeuntersuchung erinnert werden? ja O nein O

Sind Sie im Besitz eines Bonusheftes? Relevant bei Reparaturen und Zahnersatzversorgungen. Ja O

WICHTIGE INFORMATIONEN

Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 24 Stunden im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.

Bitte teilen Sie uns auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse und Ihres Versicherungsstatus mit.

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

Für Patienten, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, ist für die Behandlung (außer der akuten Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung der Erziehungsberechtigten nötig.

*freiwillig



4. Gesundheitsfragen

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich.

Allergien/Arzneimittelüberempfindlichkeiten gegen:

Lokalanästhetika	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Welche? _____
Antibiotika	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Welche? _____
Schmerzmittel	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Welche? _____
Sonstige	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	_____

Herz- Kreislauferkrankungen:

Hoher Blutdruck (Hypertonie)	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	
Niedriger Blutdruck (Hypotonie)	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	
Herzklappenerkrankung/-ersatz	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	
Herzerkrankung (Stent/Bypass)	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	
Herzschrittmacher	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	
Herzoperation	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Welche? _____
Herzinfarkt	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Wann? _____

Endokarditisprophylaxe=ärztlich empfohlene Antibiotikaeinnahme vor einer Behandlung ja nein

Infektionskrankheiten

Hepatitis A – B – C	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	
Immunschwäche (HIV / AIDS)	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	
Tuberkulose	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	
Andere Infektionskrankheiten	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Welche? _____

Weitere Erkrankungen

Anfallsleiden (Epilepsie)	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Medikamente? _____
Atemwegserkrankungen (z.B. Asthma)	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	
Blutgerinnungsstörungen	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	
Zuckerkrankheit (Diabetes)	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	
Glaukom (grüner Star)	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	
Lebererkrankungen	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	
Magen – Darm- Erkrankungen	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	
Nierenfunktionsstörungen	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	
Schilddrüsenerkrankung	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	
Rheuma	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	
Osteoporose	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Medikamente? _____
Tumorerkrankungen	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Wo? _____
Frühere Operationen	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Welche? _____

5. Nehmen Sie Medikamente ?

	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	
Bisphosphonate bei Osteoporose	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Welche? _____
Blutverdünnende Medikamente	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	

O Marcumar O ASS O Plavix O Xarelto O Efiect O Brilique

sonstige _____

Wurden in letzter Zeit Röntgenbilder im Kopfbereich angefertigt? ja nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner obigen Angaben und stimme der Speicherung und Bearbeitung meiner persönlichen Daten in der Praxis zu. Sie können diese Zustimmung jederzeit schriftlich in der Praxis widerrufen. (Art. 7 Abs. 3 DSGVO)

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Bad Wörishofen, den _____ Unterschrift _____