

Praxis für Zahnheilkunde
Dr. Karin Aulmann
Wippekühler Weg 3, 58579 Schalksmühle, Tel: 02355-7301
Anamnesebogen

Name Patient: _____ Vorname: _____ geb. _____

Name
 Erziehungsber.: _____ Vorname: _____ geb. _____

Anschrift: PLZ: _____ Ort: _____
 Straße: _____

Email: _____

Tel. privat: _____ Tel. mobil: _____

*Beruf: _____ * Arbeitgeber: _____

* Tel. dienstl.: _____

Name der Krankenkasse/Privatkrankenkasse _____

| Allgemeine Situation | Ja | Nein | Zahn-Mund-Situation | Ja | Nein |
|--|-----------------------|-----------------------|---|-----------------------|-----------------------|
| Medikamentenallergie (z.B. Penicillin) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Zahnfleischbluten | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wenn ja, welche? _____ | | | Zahnfleischrückgang | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Blutdruck: normal <input type="radio"/> niedrig <input type="radio"/> hoch <input type="radio"/> | | | Geräusche im Kiefergelenk | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Herzerkrankungen/Herzrhythmusstörungen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Schmerzen am Kopf/Nacken | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Tragen Sie einen Herzschrittmacher? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Sind Sie mit Ihrer Zahnstellung, Zahnfarbe- u. Form zufrieden? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Nehmen Sie Blutverdünner (z.B. Marcumar, ASS) ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Wann wurden Sie zuletzt geröntgt? vor _____ Monaten | | |
| Infektionskrankheiten (Hepatitis, TBC, HIV) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Besteht eine Schwangerschaft? | | |
| Diabetes (Zuckerkrankheit) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Ja <input type="radio"/> (Woche _____) Ungewiss <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Schilddrüsenerkrankung | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Rauchen Sie? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Andere Erkrankungen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Wenn ja, wie viele/Tag: _____ | | |
| Wenn ja, welche? | | | Name des Hausarztes: _____ | | |

Haben Sie Angst vor der Behandlung? Ja Nein

Nehmen Sie z.Zt. Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? * _____

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Fahrtauglichkeit nach einer lokalen Betäubung eingeschränkt ist.
 Wir bitten Sie, uns Änderungen Ihres Gesundheitszustands oder eine Schwangerschaft unverzüglich mitzuteilen.
 Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis wohl fühlen und stehen Ihnen bei Fragen gerne zur Verfügung.

Datum _____

Unterschrift _____

Wir sind eine Bestellpraxis. Wenn Ihr Zahnarzt seine Zeit für Sie reserviert und Sie nicht erscheinen, was dann? Weder er noch seine Mitarbeiter sind in der Zeit beschäftigt. Die gesamte Praxis war auf Ihren Besuch eingestellt. Für den Fall, dass Sie einen Behandlungstermin nicht einhalten können, bitten wir Sie deshalb rechtzeitig abzusagen. Sie erweisen uns und Ihren Mitpatienten damit einen großen Gefallen. Bei mehrmaligem Nichterscheinen ohne vorherige Absage können wir Ihnen aus organisatorischen Gründen keine festen Termine mehr geben. Ausfallzeiten dürfen und können gesetzlich berechnet werden.

* freiwillige Angaben