

# Herzlich willkommen in unserer Praxis !



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte nehmen Sie sich Zeit, diesen **zweiseitigen** Fragebogen in Ruhe auszufüllen.

Die gewissenhafte Beantwortung der Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand ist für Ihre Behandlung von entscheidender Bedeutung. Sollten Sie beim Beantworten einzelner Fragen Schwierigkeiten haben, helfen wir Ihnen gerne.

Sollten im Laufe der Zeit, in der Sie in unserer Praxis betreut werden, Änderungen an den nachfolgend von Ihnen gemachten Angaben ergeben, bitten wir Sie, uns diese umgehend mitzuteilen. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Ihr Praxisteam der Zahnarztpraxis Stahlfast

## ANAMNESEBOGEN

### Patient

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

### Mitglied ( Versicherter )

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
--------------------	----------

Telefon mobil	Email
---------------	-------

Beruf
-------

Krankenkasse o. Versicherung:
-------------------------------

Zahnzusatzversicherung:
-------------------------

Name u. Anschrift o. Telefonnummer Ihres Hausarztes / Internisten
---

### Allgemein

Nein

Ja

Wenn ja, welche/woran

Allgemein	Nein	Ja	Wenn ja, welche/woran
Haben Sie einen Allergiepass ?			
<b>Haben Sie Überempfindlichkeiten / Allergien:</b> z.B. auf Medikamente wie Penicillin, Jod etc. Metalle oder andere Werkstoffe ?			
Leiden Sie an Asthma, Heuschnupfen oder Bronchitis ?			
Haben Sie <b>Diabetes</b> ? Wenn ja, welcher Typ ?			
Welche <b>Medikamente</b> nehmen Sie zur Zeit regelmäßig ein ?			
Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel ?			
Leiden Sie an <b>Osteoporose</b> ? Wenn ja, bekommen Sie Medikamente ( z. B. Bisphosphonate ) ?			
Nehmen Sie <b>blutverdünnende</b> Medikamente ein ( z.B. Aspirin, Falithrom, Marcumar ) ?			
<b>Bluten</b> Sie lange nach Verletzungen ?			
<b>Herz-/ Kreislaferkrankungen</b> Herzrhythmusstörungen Erhöhter Blutdruck Herzklappenfehler oder – ersatz Herzschrittmacher Herzinfarkt, Herzbeutelentzündung ( Angina pectoris ) wenn ja; wann ?			

	Nein	Ja	Jahr
Hatten Sie schon einen <b>Schlaganfall</b> ?			
Wurden Sie jemals wegen einer <b>Tumorerkrankung</b> behandelt ?			
Haben Sie Anfallsleiden ( <b>Epilepsie</b> ) ?			
<b>Rauchen</b> Sie? Wie viele Zigaretten pro Tag ?			
Hatten Sie jemals <b>Gelbsucht, Tuberkulose</b> oder <b>schweres Rheuma</b> ?			
Leiden Sie unter <b>Infektionskrankheiten</b> ( Hepatitis, HIV ) ?			
Haben Sie <b>Leber-, Magen- oder Darmerkrankungen</b> ?			
Sind Sie <b>schwanger</b> ? Wenn ja, welche Woche ?			

<b>Zahnärztlich</b>			
Haben Sie Zahnschmerzen?			
Wann waren Sie das <b>letzte</b> Mal in zahnärztlicher Behandlung ?			
Von wann stammt die <b>letzte</b> Röntgenuntersuchung aus dem Kopfbereich ?			
<b>Bluten</b> Sie regelmäßig beim Zähneputzen ?			
Wurde bei Ihnen schon einmal eine <b>Parodontalbehandlung</b> durchgeführt?			
Benutzen Sie neben der Zahnbürste noch <b>weitere Reinigungsutensilien</b> ?			
Wurde bei Ihnen schon eine <b>professionelle Zahnreinigung</b> ( PZR ) durchgeführt ?			
<b>Knirschen</b> Sie mit den Zähnen ?			
Leiden Sie unter <b>Spannungskopfschmerz</b> ?			
<b>Haben Sie einen Behandlungswunsch?</b> z.B. gesünderes Zahnfleisch, schönere Zähne, festsitzender Zahnersatz,...			Was?

Wie schätzen Sie **persönlich** Ihre Zahnpflege ein ? Bitte ankreuzen.

Sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	eher schlechter

**Wie wurden Sie auf uns aufmerksam ?** Bitte ankreuzen.

1. Durch Empfehlung von ?
2. Über das Internet ?
3. Durch das Telefonbuch ?

Ich bin damit einverstanden, dass bei Bedarf eine Fotodokumentation von mir erstellt und verwendet wird.

Ich bin mit dem **Praxis- Recall- System** ( Erinnerung an notwendige Prophylaxe / Dentalhygiene / Untersuchungen / Behandlungen / Termine per Post, Email, SMS oder Telefon einverstanden.

#### **Aufklärung und Einverständniserklärung**

##### **Lokalanästhesie**

Um eine zahnärztliche Behandlung weitgehend schmerzfrei durchführen zu können, ist manchmal eine **Lokalanästhesie** ( örtliche Betäubung ) erforderlich. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass bei mir bzw. meinem Vormund bei Bedarf eine Lokalanästhesie durchgeführt wird. Ich wurde darüber aufgeklärt, dass hierbei folgende Komplikationen bzw. Risiken bestehen :

- Hämatom ( Bluterguss )
- Nervschädigung ( Taubheitsgefühl, Kribbeln )
- Selbstverletzung ( Bissverletzung )
- allergische Reaktionen ( Unverträglichkeiten, Ohnmacht )
- Nadelbruch
- Beeinträchtigung der Verkehrstüchtigkeit

Lüssow, den ..... **Unterschrift** .....