

Dr. med. dent.

u t z m a u s

zahnarzt

Dr. med. dent.

c h r i s t i n a m a u s

zahnärztin

rheinstraße 7

53639 Königswinter

Tel: 02223-91680

praxis@zahnarzt-maus.de

www.zahnarzt-maus.de

Anamnesebogen

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliches

Name / Vorname _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort: _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Tel. Festnetz _____ Tel. mobil _____

E-Mail _____ Beruf _____

Krankenkasse / private Krankenversicherung _____

gesetzlich versichert ja nein Zusatzversicherung ja nein

privat versichert ja nein beihilfeberechtigt ja nein Basistarif ja nein

Haben Sie einen Pflegegrad nach §15 SGB XI ja nein

oder eine Eingliederungshilfe nach §53 SGB XII ja nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort: _____

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name _____ Ort _____

Tel. _____

Hinweise zur Organisation

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte sagen Sie ihn mindestens 24 Stunden vorher ab. Vielen Dank dafür!

Hinweise zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann. Dies kann sowohl durch die Behandlung selbst, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten hervorgerufen werden. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi, das Sie sicher nach Hause bringt.

In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

von Bekannten empfohlen Telefon- / Branchenbuch Zeitungsanzeige

Überweisung von _____

Internet, über die Seite _____ Sonstiges _____

Dr. med. dent.

u t z m a u s

zahnarzt

Dr. med. dent.

c h r i s t i n a m a u s

zahnärztin

rheinstraße 7

53639 Königswinter

Tel: 02223-91680

praxis@zahnarzt-maus.de

www.zahnarzt-maus.de

Warum suchen Sie uns auf? Wünschen Sie eine/n

- Routinekontrolle
- Beratung
- Schmerzbehandlung
- neuen Zahnersatz
- „zweite Meinung“
- andere Gründe:

Beantworten Sie die nächsten Fragen bitte gewissenhaft.

Sie helfen uns damit, Risiken in der Behandlung zu vermeiden und sie Bestmöglichst zu beraten.

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der / des ...

- Kreislaufs ja nein
- Leber ja nein
- Nieren ja nein
- Schilddrüse ja nein
- Magen-Darm-Traktes ja nein
- Gelenke (Rheuma) ja nein
- Wirbelsäule ja nein

Haben oder hatten Sie ...

- hohen Blutdruck ja nein
- niedrigen Blutdruck ja nein
- Diabetes ja nein
- Zahnfleischbluten ja nein
- Ohrensausen / Tinnitus ja nein
- Osteoporose ja nein
- Epilepsie ja nein
- Grünen Star ja nein
- Tuberkulose ja nein
- HIV (Aids) ja nein
- Hepatitis ja nein
- Wenn ja, welcher Typ? A B C
- Allergien ja nein

Wenn ja, wogegen? _____

eine Gelenkprothese
(z.B. künstliches Knie- oder Hüftgelenk) ja nein

Wenn ja, wo genau? _____

Sonstige Infektionen / Erkrankungen:

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie...

- Stents
- Herzschrittmacher
- Herzklappenentzündung
- Angina Pectoris
- Bypass
- Herzinfarkt
- künstliche Herzklappe
- _____

Medikamente: Nehmen Sie ...

- Herzmedikamente
- Schmerzmittel
- blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar®, ASS?
- andere Medikamente:
- Cortison (Kortikoide)
- Antidepressiva

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten?

- ja nein

Wenn ja, welche?

Für unsere Patientinnen

Sind Sie schwanger ja nein

Wenn ja, in welcher Woche? _____

Zum Schluss

Knirschen Sie mit den Zähnen? ja nein

Rauchen Sie? ja nein

Schnarchen Sie? ja nein

Leiden Sie unter Tagesmüdigkeit? ja nein

Haben Sie fremdbeobachtete Atemaussetzer in der Nacht?

- ja nein

Wir danken Ihnen für Ihre Zeit und stehen Ihnen gerne für Fragen zur Verfügung.

Ihr Team der Gemeinschaftspraxis Dr. Utz Maus und Dr. Christina Maus

Datum

Unterschrift (Patient/gesetzlicher Vertreter)

(Namen des gesetzlichen Verteters bitte in Blockbuchstaben neben die Unterschrift schreiben)