



ANAMNESE

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Wir freuen uns sehr, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Bitte nehmen Sie sich Zeit diesen Fragebogen in Ruhe auszufüllen. Die Beantwortung der folgenden Fragen hilft uns, um die für Ihre Behandlung geeigneten Medikamente und Behandlungsverfahren auswählen zu können. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Bei Unklarheiten können Sie sich gerne an uns wenden.

Ihr Team der Praxis Dr. Hampe & Kollegen*

*angestellte Zahnärzte

Persönliches

Name, Vorname

Geburtsdatum, Geburtsort

Straße

PLZ, Ort

Telefon, tagsüber/beruflich/mobil

E-Mail

Beruf, Arbeitgeber

Versicherung

Gesetzlich Versichert Privat Versichert

Basistarif Beihilfeberechtigt

Krankenkasse

Zahnzusatzversicherung:

Liegt ein Pflegegrad vor? wenn ja, welcher:

1 2 3 4 5

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

Persönliche Empfehlung Im Vorbeigehen

Sonstiges, (z.B. Internetseite, Google, usw.):

Weiteres

Hausarzt

Überweisender Arzt

HINWEIS: Wir möchten all unsere Patientinnen und Patienten umfassend und ohne Zeitdruck behandeln und planen daher stets ausreichend Zeit für Sie und Ihre Behandlung ein. Daher bitten wir Sie, falls Sie Ihren Termin nicht wahrnehmen können, diesen rechtzeitig (min. einen Werktag vorher) abzusagen. Bei Nichterscheinen (ohne rechtzeitige Absage oder nachweisbaren triftigen Grund), erlauben wir uns für den Fall, dass in dieser Zeit kein(e) andere(r) Patient/in behandelt werden kann, eine **Ausfallgebühr in Höhe von 125 €** zu berechnen.

Bitte Wenden

Allgemeine Gesundheitssituation

	ja	nein
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen wenn ja, welche:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenerkrankungen (Asthma, COPD, etc.):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatische Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankungen (z.B. Gelbsucht, Leberzirrhose, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Augenerkrankung (z.B. Glaukom)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Allergien:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------	--------------------------	--------------------------

Mundgesundheitsituation

Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Zahnfleischprobleme, Zahnfleischrückgang oder Blutungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Mundgeruch oder einen schlechten Geschmack im Mund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig professionell gereinigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe und -stellung zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie noch Fragen oder ein Anliegen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Infektionserkrankungen

	ja	nein
HIV/AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis (A / B / C)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzmedikamente:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Schmerzmittel:

Antidepressiva:

blutverdünnende Medikamente:
(z.B. Ass, Marcumar, Heparin, Xarelto, Plavix)

Antireroptiva (Bisphosphonate, Denosumab,
etc.):

Sonstige:

Weiteres

Nasennebenhöhlen-Op	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endokarditisprophylaxe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelenkersatz (Hüfte, Knie, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Rauchen: Nein Ja, Dauer:
Menge:

Sind Sie evtl. schwanger?

Wurde in den letzten 12 Monaten
eine Röntgenaufnahme der Zähne
angefertigt?

Ort, Datum

Unterschrift

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der von mir gemachten Angaben. Der Regelung zur Berechnung einer o.g. Ausfallgebühr bei Nichterscheinen stimme ich zu.