

ANAMNESE- UND BERATUNGSBOGEN

PERSÖNLICHE ANGABEN

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

Telefon privat _____ Mobil _____

E-Mail _____

Beruf _____

Krankenkasse _____

Name & Anschrift Hausarzt _____

ALLGEMEINMEDIZINISCHE ANAMNESE

Leiden oder litten Sie jemals an einer der folgenden Erkrankungen?

Herz/Kreislauf:

Seit: _____

- Herzinfarkt _____
- Herzmuskelentzündung _____
- Herzklappenentzündung _____
- künstliche Herzklappe _____
- Herzschrittmacher _____
- hoher Blutdruck _____
- niedriger Blutdruck _____

Atemwege/Lunge:

- Asthma
- Tbc
- chron. Bronchitis
- Schlafapnoe

Leber:

- Hepatitis A B C

Nieren:

- Dialysepflichtigkeit
- Nierenentzündung

Stoffwechsel:

Seit: _____

- Diabetes Typ I _____
- Diabetes Typ II _____
- Schilddr.-Unterfunktion _____
- Schilddr.-Überfunktion _____
- Kropf _____

Nerven/Gemüt:

Seit: _____

- Krampfanfälle (Epilepsie) _____
- Lähmungen _____
- Depressionen _____
- Angstzustände _____

Allergie:

Heuschnupfen

Überempfindlichkeit gegen

- Nahrungsmittel
- Fruchtzucker
- Medikamente
- Jod
- Pflaster
- Latex
- Antibiotika (z.B. Penicillin)

Immunschwäche:

- AIDS
- andere _____

Knochen:

- Osteoporose, seit: _____
- Wurden Sie in der Vergangenheit oder werden Sie zur Zeit mit Bisphosphonaten behandelt? Wegen welcher Diagnose? _____
- Wann? Mit welchem Präparat? _____

Sind Sie schwanger?

Welche Schwangerschaftswoche? _____

Andere Erkrankungen oder Behinderungen?

Rauchen Sie?

Wie viel durchschnittlich? _____

Trinken Sie Alkohol?

Regelmäßig? Wie viel? _____

Gerinnungshemmende Medikamente (dauerhaft oder in den letzten Tagen), z.B.

- Aspirin ASS Marcumar
- Ticlopidin Clopidogrel
- andere _____

Regelmäßige Medikamente, z.B.

- z.B. Blutdruck- / Herzmedikamente
- Schmerzmittel
- "Antibabypille"
- Psychopharmaka
- Antidiabetika
- Cortison
- andere _____

ZAHNÄRZTLICHE ANAMNESE

Hatten Sie schon einmal Probleme ...

... nach einer zahnärztlichen Betäubung?

Ja Nein

... mit dem Zahnfleisch (Blutung, Rückgang)?

Ja Nein

Hatten Sie in den letzten 5 Jahren eine Zahnfleischbehandlung?

Ja Nein

Haben oder hatten Sie jemals Schmerzen oder Probleme bei der Mundöffnung (Reiben, Knacken)?

Ja Nein

Ist Ihnen oder einem Angehörigen aufgefallen, dass Sie mit den Zähnen knirschen oder die Zähne häufig aufeinanderpressen?

Ja Nein

Haben Sie Kinder?

Ja Nein

Wenn ja, in welchem Alter? _____

BERATUNG

Möchten Sie über Karies- und Parodontalvorsorge für sich selbst und Ihre Kinder informiert werden?

Ja Nein

Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden?

Ja Nein

Wenn nein, warum nicht (z.B. Farbe, Form, Zahnstellung...)? _____

Wünschen Sie eine gezielte Beratung zu einem bestimmten Thema?

Ja, über zahnfarbene Füllungen

Ja, über Implantate

Ja, über Keramikinlays

Ja, über die Inhalationssedierung mit Lachgas

Ja, über Amalgamaustausch

Ja, zur Zukunft meiner Zähne

Möchten Sie an Vorsorgetermine erinnert werden?

per Telefon

per SMS

per E-Mail

Wurde Ihnen unsere Praxis empfohlen?

Ja

Nein

Wenn ja, von wem? _____

Vielen Dank!

Sollte Ihnen das Beantworten der Fragen in einem der Punkte Probleme bereitet haben, so sprechen Sie uns bitte direkt darauf an.

Datum

Unterschrift