

Anamnesebogen (Erwachsene und Kinder)

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir heißen Sie in unserer Praxis herzlich willkommen. Wir bitten Sie, uns einige Angaben zu Ihrer Person/Ihrem Kind zu geben. Mit dem Ausfüllen dieses Anamnesebogens tragen Sie zu einem einfacheren Ablauf der Praxisorganisation bei und verkürzen somit die Wartezeiten. Bitte füllen Sie den Fragebogen vollständig aus und kreuzen Sie die zutreffende Antwortmöglichkeit deutlich an. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

Vielen Dank!

Kontakt		
_____	_____	_____
Vorname	Nachname	Geburtsdatum
Bei Minderjährigen: Vor- und Nachname der/des Erziehungsberechtigten		Geburtsdatum d. Erziehungsberechtigten
_____	_____	_____
Straße, Hausnummer	Postleitzahl	Ort
_____	_____	_____
Telefon (privat)	Telefon (mobil)	E-Mail

Krankenversicherung		

Name der Krankenkasse / Versicherung		
Gesetzlich versichert:	<input type="checkbox"/> Selbstversichert	Familienversichert über
		<input type="checkbox"/> Ehefrau
		<input type="checkbox"/> Ehemann
		<input type="checkbox"/> Mutter / Vater
Privat versichert	<input type="checkbox"/> Basistarif	<input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigt
Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Hausarzt	

Name	Anschrift

Allgemeine Fragen		
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Trinken Sie regelmäßig Alkohol?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie häufig Kopf- oder Nackenschmerzen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie eine Essstörung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Für Frauen: Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Konsumieren Sie regelmäßig Drogen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie sich schon einmal bei einem Unfall im Kiefer- oder Gesichtsbereich verletzt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Gesundheitsfragen		
<p>Um gesundheitliche Risiken bei der Behandlung zu vermeiden und Ihnen die bestmögliche medizinische Betreuung zukommen zu lassen, ist es wichtig, dass Sie die folgenden Fragen gewissenhaft beantworten:</p>		
Haben oder hatten Sie jemals eine der folgenden Erkrankungen?	Bitte ankreuzen	Falls Sie mit Ja antworten, tragen Sie hier bitte ggf. ergänzende Angaben ein
Herzschwäche (Herzinsuffizienz)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Koronare Herzkrankheit / Angina pectoris	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Herzklappenfehler / künstliche Herzklappe	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Erhöhter Blutdruck (Hypertonie)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Niedriger Blutdruck (Hypotonie)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Andere Herz-Kreislauf-Erkrankungen (bitte rechts eintragen)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Schilddrüsenerkrankungen (z.B. Schilddrüsenunterfunktion oder -überfunktion)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Erkrankungen des Magen-Darm-Trakts	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Gelenkerkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Rheumatische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Osteoporose	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Zuckerkrankheit (Diabetes) Typ I / Typ II – bitte mit angeben	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Atemwegserkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Epilepsie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Grüner Star (Glaukom)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Tumor / Krebs / Karzinom	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
HIV	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Hepatitis A/B/C	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK / vCJK)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Andere Erkrankungen (bitte angeben)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Allergien & Medikamente	
Haben Sie Allergien?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, welche:
Haben Sie einen Allergiepass?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, welche:
Haben Sie eine Medikamentenliste?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Nehmen Sie Blutgerinnungshemmer ein? (z.B. Xarelto, Marcumar, ASS)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Nehmen Sie oder haben Sie Bisphosphonate eingenommen? (z.B. Zometa, Actonel, Alendronat, Fosamax)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Zahnmedizinische Angaben	
Mit den folgenden Angaben helfen Sie uns, Ihre Behandlung noch besser auf Ihre persönlichen Bedürfnisse anzupassen. Diese Angaben sind freiwillig.	
Wann war Ihre letzte professionelle Zahnreinigung?	
Wann und wo wurden Sie das letzte Mal im Kopfbereich geröntgt?	
Haben Sie Zahnfleischbluten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Benutzen Sie eine Zahnschiene, z.B. Aligner oder Bruxismus-Schienen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie öfter Mundgeruch bei sich bemerkt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie mit Ihrer Zahnstellung zufrieden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wünschen Sie sich eine unverbindliche Beratung zu einem oder mehreren der folgenden Themen?	
<input type="checkbox"/> Implantate <input type="checkbox"/> Bleaching / Zahnaufhellung <input type="checkbox"/> Ästhetik	

Besuchsgrund	
Bitte beschreiben Sie uns möglichst genau den Grund Ihres Praxisbesuchs.	
<input type="checkbox"/> Kontrolltermin <input type="checkbox"/> Prophylaxe <input type="checkbox"/> Schmerzbehandlung	
<input type="checkbox"/> Weitere Gründe:	

Ihr Weg zu uns	
Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? (Mehrfachauswahl möglich)	
<input type="checkbox"/> Ich wurde überwiesen	<input type="checkbox"/> Google / Google Maps
<input type="checkbox"/> Die Praxis wurde mir empfohlen	<input type="checkbox"/> Social Media (Facebook, Instagram, etc.)
<input type="checkbox"/> Plakatwerbung oder Werbeschilder	<input type="checkbox"/> Gelbe Seiten
<input type="checkbox"/> Artikel und Anzeigen in der Zeitung	<input type="checkbox"/> Ärzte-Bewertungsportale (Jameda, sanego, etc.)

Praxis-Website

 Sonstiges: _____

Zusatz zum Coronavirus (SARS-CoV-2)

Aus aktuellem Anlass bitten wir Sie zum Schutz vor Neuinfizierungen mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 folgende Fragen zu beantworten:

Sind Sie bereits vollständig gegen das Coronavirus geimpft (Erst- und Zweitimpfung)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, wann war Ihr letzter Impftermin: _____
Haben Sie bereits eine Coronavirus-Infektion überstanden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, wann: _____
Waren Sie vor kurzem in einem vom RKI ausgewiesenen Risikogebiet?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, wann: _____
Hatten Sie Kontakt zu einem bestätigten Coronavirus-Fall?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, wann: _____
Haben Sie Anzeichen einer Coronavirus-Infektion (Husten, Halskratzen, Halsschmerzen, Fieber oder Atemnot)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

- Veränderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer persönlichen Daten, Ihrer Versicherung, Vorliegen einer Schwangerschaft etc. bitten wir Sie uns unaufgefordert mitzuteilen.
- Medikamente, auch Betäubungsspritzen, können Ihre Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen.
- Sie sind verpflichtet Termine 24 Stunden vorher abzusagen.
- Bei Nichteinhaltung von Terminen ohne vorherige Absage kann der entstandenen Honorarverlust in Rechnung gestellt werden (§§ 304, 615 BGB).
- Ich bin damit einverstanden, über anstehende Behandlungen, Untersuchungen oder Termine per Telefon, Mail oder Post informiert zu werden.

 Ort, Datum

 Unterschrift