

Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Universitätszahnklinik. Damit wir Sie bestmöglich betreuen können, möchten wir Sie bitten, die persönlichen Angaben zu vervollständigen und die Fragen zu beantworten. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht!

Patient:

- männlich
 weiblich

Name, Vorname

geboren am

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

Versicherter:

- Ehegatte
 Vater/Mutter

Name, Vorname

geboren am

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Beruf:

(Patient)

Arbeitgeber:

(Patient)

Name/ Anschrift/ Telefon

Krankenkasse:

Name

Versichertennummer

Versicherungsstatus:

- privat versichert
 Beihilfe
 Basistarif
 Vollversichert

- gesetzlich versichert
 pflichtversichert
 freiwillig versichert
 mit priv. Zusatzversicherung

- Zuzahlungsbefreiung

 Beihilfe
 Zusatzversicherung
 Kostenerstattung

Hausarzt:

Zahnarzt:

ggf. gesetzl. Betreuer:

Bestehen bei Ihnen folgende Gesundheitsstörungen bzw. Risikofaktoren?	Ja	Nein	Weiß nicht
1. Herz-, Kreislauf- oder Gefäßkrankungen? (insbes. Bluthochdruck, Herzklappenerkrankungen, Herzrhythmusstörungen) Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Herzschrittmacher-/ Defibrillator-Implantation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Asthma, chronisch obstruktive Lungenerkrankungen oder anderweitige Atemnot?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Bluterkrankungen oder verstärkte Blutungsneigung? Einnahme von gerinnungshemmenden Medikamenten? (Bsp.: ASS, Marcumar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Diabetes mellitus? Insulinpflichtig?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. Grüner Star (Glaukom)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte wenden!

	Ja	Nein	Weiß nicht
7. Infektionserkrankungen? (z.B. Gelbsucht/Hepatitis, Tuberkulose/Tbc, HIV/AIDS) Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Allergien/ Überempfindlichkeitsreaktionen? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Autoimmunerkrankungen (Bsp.: rheumatische Erkrankungen)? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Schilddrüsenerkrankungen? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Erkrankungen der inneren Organe (Bsp. Leber, Niere)? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Nervenleiden (Bsp. Epilepsie)? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Konsumgewohnheiten (Rauchen/ Alkohol)? Wenn ja, welche und wieviel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sind oder waren Sie alkoholabhängig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Konsumieren Sie Drogen oder Rauschmittel? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Sind weitere Erkrankungen bekannt, die hier nicht erwähnt wurden? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, welche Schwangerschaftswoche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Medikamente/ Dosierung:

Gab/ Gibt es Komplikationen bei zahnärztlichen Behandlungen?

Im Falle einer geistigen, körperlichen oder psychischen Behinderung:

Diagnose: _____

Ist eine Kooperationsfähigkeit zur Behandlung gegeben? ja nein bedingt

Bitte teilen Sie uns jede Änderung der Anschrift, des Gesundheitszustandes, von Medikamenteneinnahmen und bei Frauen eine eventuelle Schwangerschaft mit!

Weiterhin weisen wir darauf hin, dass nach einer Anästhesie die Fähigkeit zum Führen eines Kraftfahrzeuges und/ oder zum Bedienen von Maschinen 24 Stunden eingeschränkt sein kann.

Zur Durchführung einer sorgfältigen Versorgung unserer Patienten ist es im Rahmen der Bewertung unserer Behandlungsergebnisse und im Rahmen von Forschungsprojekten unerlässlich, die erhobenen Daten der zahnärztlichen Behandlung auszuwerten. Diesbezüglich bitten wir darum, nachstehende Einwilligung zu geben.

Hiermit willige ich ein, dass die während der regulären zahnärztlichen Behandlung erhobenen Daten anonymisiert und nicht auf den Patienten zurückvollziehbar ausgewertet werden dürfen. **Ich willige zur Datenerhebung ein.**

Ich bin mit der Wiederbestellung zu Kontrolluntersuchungen und Prophylaxeterminen einverstanden: ja nein

Ort, Datum

Unterschrift Patient oder gesetzlicher Vertreter