

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/in:

-
- männlich
-
-
- weiblich
-
-
- divers

 Name, Vorname geboren am

 Straße, Hausnummer

 PLZ, Ort Telefon

 E-Mail-Adresse
Versicherte/r:

-
- Ehegatte
-
-
- Vater/Mutter

 Name, Vorname geboren am

 Straße, Hausnummer, PLZ, Ort
Arbeitgeber:

(Patient)

 Name/ Anschrift/ Telefon
Krankenkasse:

 Name

 Versichertennummer

- Versicherungsstatus: privat versichert gesetzlich versichert Zuzahlungsbefreiung
- Beihilfe pflichtversichert Beihilfe
 - Basistarif freiwillig versichert Zusatzversicherung
 - Vollversichert mit priv. Zusatzversicherung Kostenerstattung

 Hausarzt:

 Zahnarzt:

 ggf. gesetzl. Betreuer:

Bestehen bei Ihnen folgende Gesundheitsstörungen bzw. Risikofaktoren?	Ja	Nein	Weiß nicht
1. Herz-, Kreislauf- oder Gefäßerkrankungen? (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"/>
6. Grüner Star (Glaukom)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Infektionserkrankungen? (z.B. Gelbsucht/Hepatitis, Tuberkulose/Tbc, HIV/AIDS) Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte wenden!

Bestehen bei Ihnen folgende Gesundheitsstörungen bzw. Risikofaktoren?	Ja	Nein	Weiß nicht
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 Sicherung einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung wie auch zur Erfüllung unserer Aufgaben in Lehre und Forschung ist es unerlässlich, die bei Ihrer Behandlung erhobenen medizinischen Befunde auszuwerten. Hierzu erbitten wir Ihre Zustimmung:

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass Mitarbeiter/innen und Studierende auf meine Behandlungsdokumentation zu wissenschaftlichen Zwecken Zugriff nehmen dürfen, um darin enthaltene Daten jeweils in pseudonymisierter, d. h. verschlüsselter Form (Art. 4 Nr. 5 DSGVO) zu verarbeiten und im Rahmen von Forschungsprojekten zu publizieren.

Ich willige in die Datenerhebung ein.

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

* Bitte beachten Sie, dass es sich hierbei um eine kostenpflichtige Leistung handelt. Eine Vielzahl der gesetzlichen Krankenkassen gewährt seinen Versicherten einen Zuschuss im Rahmen von freiwilligen Leistungen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in oder gesetzliche/r Vertreter/in