

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:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> privat versichert | <input type="checkbox"/> gesetzlich versichert | <input type="checkbox"/> Zuzahlungsbefreiung |
| <input type="checkbox"/> Beihilfe | <input type="checkbox"/> pflichtversichert | _____ |
| <input type="checkbox"/> Basistarif | <input type="checkbox"/> freiwillig versichert | <input type="checkbox"/> Beihilfe |
| <input type="checkbox"/> Vollversichert | <input type="checkbox"/> mit priv. Zusatzversicherung | <input type="checkbox"/> Zusatzversicherung |
| | | <input type="checkbox"/> 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. Bluterkrankungen oder verstärkte Blutungsneigung? Einnahme von gerinnungshemmenden Medikamenten? (Bsp.: ASS, Marcumar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Allergien/ Überempfindlichkeitsreaktionen? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Infektionserkrankungen? (z.B. Gelbsucht/Hepatitis, Tuberkulose/Tbc, HIV/AIDS) Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sind Sie als Kind/ Jugendlicher kieferorthopädisch behandelt worden? Wenn ja, wo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte wenden!

	Ja	Nein	Weiß nicht
6. Liegen ähnliche Zahnfehlstellungen in Ihrer Familie vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sind bei einem Unfall der Kiefer verletzt oder die bleibenden Zähne beschädigt worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Seit wann verschieben sich die Zähne?			
9. Erkennen Sie einen Grund, warum sich die Zähne verschieben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Knirschen Sie nachts mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Knackt es im Bereich der Kiefergelenke oder hat es schon einmal geknackt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Schnarchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Setzen Sie beim Schlafen mit der Atmung aus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Atmen Sie mehr: <input type="checkbox"/> durch den Mund <input type="checkbox"/> durch die Nase?			
15. Sind weitere Erkrankungen bekannt, die hier nicht erwähnt wurden? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, welche Schwangerschaftswoche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Medikamente/ Dosierung:

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