

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht!

Patient

Herr / Frau

Name

Vorname

Geb.-Datum

Mitglied

Name

Vorname

Geb.-Datum

Anschrift

Straße

Nr.

PLZ / Ort

Telefon

Handy

E Mail

Beruf

Arbeitgeber

Krankenkasse oder Versicherung _____

freiwillig versichert

pflichtversichert

privat versichert

Was ist Prophylaxe?

Prophylaxe bedeutet Vorbeugung, z. B. gegen Karies und Parodontitis. Wir führen in unserer Praxis ein intensives Prophylaxeprogramm durch. Wünschen Sie darüber informiert zu werden?

ja

nein

Amalgam

Amalgamfüllungen enthalten bis zu 50 % Quecksilber. Um eine zusätzliche Quecksilberbelastung des Organismus durch Amalgamfüllungen zu vermeiden, können andere Füllungsmaterialien Verwendung finden. Wünschen Sie darüber informiert zu werden!

ja

nein

Anamnesebogen

Lieber Patient,

bitte füllen Sie diesen Fragebogen sorgfältig aus. Er wird Ihrer Karteikarte beigelegt. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne weiter!

1. Haben Sie zu hohen Blutdruck? () ja () nein
2. Haben Sie einen zu niedrigen Blutdruck? () ja () nein
3. Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens?
 - Herzklappenfehler oder Herzklappenprothese? () ja () nein
 - Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)? () ja () nein
 - Herzoperationen? () ja () nein
 - Haben Sie einen Herzschrittmacher? () ja () nein
 - Haben Sie einen Herzpass? () ja () nein
 - Sonstiges? _____
4. Haben oder hatten Sie eine der nachstehend aufgeführten Erkrankungen?
 - Diabetes? () ja () nein
 - Erkrankungen des Blutes? (z. B. langes Nachbluten, Blutgerinnungsstörungen) () ja () nein
 - Allergien? Wenn ja, welche _____ () ja () nein
 - Schilddrüsenerkrankungen? () ja () nein
 - Asthma / Lungenerkrankungen? () ja () nein
 - Nervenerkrankungen? () ja () nein
 - Anfallsleiden / Epilepsie? () ja () nein
 - Magen- / Darmerkrankungen? () ja () nein
 - Immunschwäche? (z. B. HIV positiv) () ja () nein
5. Nehmen Sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung hemmen? () ja () nein
6. Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht!
Wenn ja, welche _____ () ja () nein
7. Bestehen zur Zeit sonstige Erkrankungen? _____ () ja () nein
8. Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein? _____
9. Wann wurden Sie zum letzten Mal geröntgt? _____
10. Für Patientinnen: Sind Sie schwanger? Wenn ja, welcher Monat? _____ () nein
11. Wünschen Sie eine Betäubung? () ja () nein

Betäubungsmittel können Ihre Fahrtüchtigkeit beeinträchtigen!

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten die entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

Remscheid, _____
Datum

Ihre Unterschrift, bitte!