

ANAMNESEBOGEN



ZAHNHEILKUNDE HOFHEIM
DR. MOUSSA & KOLLEGEN

Neu in Behandlung tretende Patienten werden gebeten, alle Fragen wahrheitsgemäß und gewissenhaft zu beantworten. Die Fragen nach Erkrankungen werden im Interesse einer komplikationslosen Behandlung gestellt, zum Teil sind sie gesetzlich vorgeschrieben.

Persönliches

| | |
|---|--|
| Name | Vorname |
| Geburtsdatum | Geburtsort |
| PLZ/Ort | Straße |
| Telefon | Handy |
| E-Mail | Beruf |
| Arbeitgeber | Arbeitgeber Telefon |
| Arbeitgeber Adresse | |
| Krankenkasse/private Krankenversicherung | |
| Gesetzlich versichert <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | privat versichert <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Zusatzversicherung <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | beihilfeberechtigt <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |

Bei nicht selbstversicherten Patienten

| | |
|---------------------------|--------------|
| Name d. Hauptversicherten | |
| PLZ/Ort | Straße |
| Telefon | Geburtsdatum |

Wer ist Ihr Hausarzt?

| | |
|---------|-----|
| Name | Ort |
| Telefon | |

Hinweise zur Organisation

- Ich wünsche halbjährlichen Recall per Telefon per E-Mail
- Wenn ich aus zwingenden Gründen den vereinbarten Termin nicht einhalten kann, erkläre ich mich mit meiner Unterschrift bereit, ihn spätestens 24 Stunden vorher abzusagen, anderenfalls kann der Zahnarzt, den daraus resultierenden Schaden dem Patienten in Rechnung stellen.
- Bei Veräußerung oder Übertragung der Praxis, bin ich mit Weitergabe meiner Behandlungsdaten einverstanden.

Hinweise zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen

Wir machen Sie hiermit aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann und zwar sowohl durch die Behandlung an sich, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gerne ein Taxi.

Bitte wenden!



Haben Sie Symptome einer Erkältungskrankheit? ja nein

Haben Sie akute Probleme beim Schmecken oder Riechen? ja nein

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der/des ...

Herzen oder Kreislaufs ja nein

Leber ja nein

Nieren ja nein

Schilddrüse ja nein

Magen-Darm-Traktes ja nein

Gelenke (Rheuma) ja nein

Wirbelsäule ja nein

Haben oder hatten Sie ...

Hohen Blutdruck ja nein

Niedrigen Blutdruck ja nein

Diabetes ja nein

Epilepsie ja nein

Grünen Star ja nein

Tuberkulose ja nein

HIV (Aids) ja nein

Hepatitis ja nein

Allergien ja nein

Wenn ja, welcher Typ? A B C

Wenn ja, wogegen? _____

Sonstige Infektionen / Erkrankungen: _____

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie ...

eine Herzklappenentzündung Angina Pectoris

einen Herzschrittmacher einen Herzinfarkt

Medikamente: Nehmen Sie:

Herzmedikamente Cortison (Kortikoide)

Schmerzmittel Antidepressiva

blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar, ASS?

andere Medikamente: _____

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten? ja nein

Sind Sie schwanger? ja nein

Wenn ja, welcher Monat? _____

Rauchen Sie? ja nein

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? ja nein

Frühere Röntgenuntersuchungen (in den letzten 2 Jahren) ja nein

wenn ja: was und wann? _____

Hofheim, den _____

Unterschrift _____

Ich danke für Ihre Angaben, die der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen.