



ANAMNESEBOGEN

ZAHNARZTPRAXIS
DR. MED. UTE SCHUMANN

DR. MED. UTE SCHUMANN SCHÜTZENWALL 22 38350 HELMSTEDT TEL 05351-34048
MONTAG BIS FREITAG 8.00-12.00 UHR MONTAG + DONNERSTAG 15.00-18.00 UHR UND NACH VEREINBARUNG

PERSÖNLICHE DATEN

Name, Vorname: Geburtstag:
Straße/Nr.: PLZ/Ort:
Telefon: E-Mail:
Mobil: Beruf:
Arbeitgeber:

KRANKENVERSICHERUNG

Name der Krankenversicherung:
Ich bin ... gesetzlich versichert. privatversichert
 zusatzversichert beihilfeberechtigt (Beamte etc.)
Wenn ja, welche? privat im Basistarif versichert
 Tarif *Zahnersatz*, wie Kronen etc. ja nein
 Tarif *Zahnerhalt*, wie Prophylaxe etc. Zuzahlungsbefreiung für

Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte folgende Angaben ergänzen:

Name, Vorname: Geburtsdatum:
Straße/Nr.: PLZ/Ort:

Wer ist Ihr Hausarzt, bei dem Sie in ständiger Behandlung sind?

Name: Telefon:
Anschrift:

In eigener Sache: Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung von: Internetseite:
 Telefon-/Branchenbuch Sonstiges:

BEHANDLUNGSWÜNSCHE

Was ist der Grund Ihres Besuchs?

Routineuntersuchung neuer Zahnersatz
 Zahnfleischbluten Reparatur
 Beratung Schmerzbehandlung
 Professionelle Zahnreinigung (PZR)/Airflow

Wenn Sie eine Schmerzbehandlung wünschen, wie äußern sich die Schmerzen?

Kiefer-/Kiefergelenkschmerzen Zähne schmerzen bei Belastung oder Kauen
 Schmerzen oder Entzündungen am Zahnfleisch Zähne schmerzen auch ohne Belastung
 manche Zähne sind temperaturempfindlich

BERATUNGSWÜNSCHE

Wünschen Sie eine Beratung zu ... ?

Karies- und Parodontose-Prophylaxe Kiefergelenksbehandlung
 Zahnfarbene Füllungen Implantate
 Amalgamentfernung Ästhetische Behandlungswünsche (Zahnaufhellung, optische
Korrektur von Zahnfehlstellungen Austausch dunkler
 Regelmäßig professionelle Zahnreinigung Füllungen, etc.)
 Zahnersatz

KRANKENGESCHICHTE UND BEKANNTE GESUNDHEITSSTÖRUNGEN

Haben Sie oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/Erkrankungen der Organe?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="radio"/> Herz-/Kreislaufkrankungen | <input type="radio"/> Blutgerinnungsstörungen | <input type="radio"/> HIV (Aids) |
| <input type="radio"/> Leber | <input type="radio"/> Diabetes | <input type="radio"/> Hepatitis |
| <input type="radio"/> Nieren | <input type="radio"/> Asthma | Wenn ja, welcher Typ? |
| <input type="radio"/> Schilddrüse | <input type="radio"/> Herzoperationen | <input type="radio"/> Allergien |
| <input type="radio"/> Magen-Darm-Trakt | <input type="radio"/> Chronische Entzündung der Atemwege | Wenn ja, wogegen? |
| <input type="radio"/> Gelenke (Rheuma) | <input type="radio"/> Ohrensausen/Tinnitus | |
| <input type="radio"/> Hoher Blutdruck | <input type="radio"/> Epilepsie | <input type="radio"/> Sonstige Infektionen/Erkrankungen: |
| <input type="radio"/> Niedriger Blutdruck | <input type="radio"/> Grüner Star | |

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie ...

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> eine Herzklappenentzündung | <input type="radio"/> Angina Pectoris |
| <input type="radio"/> einen Herzschrittmacher | <input type="radio"/> einen Herzinfarkt |

Nehmen Sie dauerhaft Medikamente?

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Herzmedikamente | <input type="radio"/> blutverdünnende Medikamente (Marcumar, ASS, ...) |
| <input type="radio"/> Cortison (Kortikoide) | <input type="radio"/> Biophosphonate |
| <input type="radio"/> Antidepressiva | <input type="radio"/> andere Medikamente: |

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten?

- ja nein

ALLGEMEINE ANGABEN

Nur für Frauen: Könnten Sie schwanger sein?

- ja nein Wenn ja, in welcher Woche?

Sind Sie Angstpatient?

- ja nein

Legen Sie Wert auf eine örtliche Betäubung?

- ja nein

Gab/Gibt es Komplikationen bei zahnärztlichen Behandlungen?

- ja nein Wenn ja, welche?

HINWEISE

Bitte teilen Sie uns jede Änderung der Anschrift, des Gesundheitszustandes, von Medikamenteneinnahmen und bei Frauen eine eventuelle Schwangerschaft mit! Wir weisen darauf hin, dass zu den vereinbarten Terminen, Zeit für Sie reserviert ist. Vereinbarte Termine sollen daher unbedingt eingehalten bzw. 48 Stunden vorher abgesagt werden. 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. Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.

Dürfen wir Sie an einen Kontrolltermin erinnern? ja nein

Möchten Sie von uns per Newsletter über Angebote und Behandlungsmöglichkeiten informiert werden? ja nein

Helmstedt, den

Ort, Datum

.....
Unterschrift