

Anamnese - Fragebogen Erwachsene



An der Radrunde 160
D-90455 Nürnberg
Tel.: 0911 / 88 02 88
praxis@h-j-strauss.de
www.h-j-strauss.de



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, bitte füllen Sie diesen Bogen vor der ersten Sprechstunde sorgfältig aus!

Patient/in

Name/Vorname: _____
 Geb.-Datum: _____
 Straße/Nr.: _____
 PLZ/Wohnort: _____
 Tel.-Nr. privat: _____
 Tel.-Nr. (tagsüber) geschäftl.: _____
 Tel.-Nr. Mobil: _____
 Fax privat/geschäftlich: _____
 E-Mail privat/geschäftlich: _____
 Homepage: _____
 Bezahlung per Online-Banking: ja nein
 Von wem wurde unsere Praxis empfohlen: _____
 Gesetzlich versichert: ja nein
 Gesetzlich versichert auf Kostenerstattung: ja nein
 Haben Sie eine Zusatzversicherung: ja nein
 Führen Sie ein Bonusheft: ja nein
 Privat versichert - **nicht** im Basistarif ja nein
 Privat versichert - im Basistarif ja nein
 Sind Sie beihilfeberechtigt: ja nein
 (Nur für Beamte/Staatsangestellte)
 Beruf: _____
 Arbeitgeber: _____
 Wer ist Ihr Hausarzt/Ort: _____

Versicherte/r (falls nicht identisch mit Patient)

Name/Vorname: _____
 Geb.-Datum: _____
 Straße/Nr.: _____
 PLZ/Wohnort: _____
 Tel.-Nr. privat: _____
 Tel.-Nr. (tagsüber) geschäftl.: _____
 Tel.-Nr. Mobil: _____
 Fax privat/geschäftlich: _____
 E-Mail privat/geschäftlich: _____
 Homepage: _____
 Bezahlung per Online-Banking: ja nein
 Von wem wurde unsere Praxis empfohlen: _____
 Gesetzlich versichert: ja nein
 Gesetzlich versichert auf Kostenerstattung: ja nein
 Haben Sie eine Zusatzversicherung: ja nein
 Führen Sie ein Bonusheft: ja nein
 Privat versichert - **nicht** im Basistarif ja nein
 Privat versichert - im Basistarif ja nein
 Sind Sie beihilfeberechtigt: ja nein
 (Nur für Beamte/Staatsangestellte)
 Beruf: _____
 Arbeitgeber: _____
 Wer ist Ihr Hausarzt/Ort: _____

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Er wird Ihrer Karteikarte beigelegt. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen (Datengeheimnis nach § 5 des Bundesdatenschutzgesetzes). Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne!

Ist Ihnen bekannt, ob Sie an einer der folgenden Erkrankungen leiden oder litten:

Herzerkrankungen ja nein
 (Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzfehler, Atemnot beim Treppensteigen, Herzmuskelerkrankungen, Herzrhythmusstörung)
Herzschrittmacher ja nein
Lungen- und Atemwegserkrankungen ja nein
Chronische Bronchitis ja nein
Chronischen Husten ja nein
Tuberkulose ja nein
Asthma ja nein
Magenbeschwerden ja nein
 (Sodbrennen, Verstopfung, Blähungen)
Lebererkrankungen ja nein
 (Gelbsucht, Leberverhärtung)
Nervenleiden/ZNS-Erkrankungen ja nein
 (z. B. Epilepsie)
Kreislauf-, Gefäßerkrankungen ja nein
 (Durchblutungsstörungen, Schlaganfall, Thrombose, Schwindel)
Haben Sie hohen Blutdruck? ja nein

Haben Sie niedrigen Blutdruck? ja nein
Erkrankungen des Skelettsystems ja nein
 (Wirbelsäulenschäden, Gelenkerkrankungen, Rheuma)
Nierenerkrankungen ja nein
 (Nierenentzündungen, Nierensteine)
Stoffwechselerkrankungen ja nein
 (Diabetes)
 Wurden Sie wegen **Gemütskrankheiten** ja nein
 (z. B. Depression) ärztlich behandelt
Hämophilie ja nein
 (Blutgerinnungsstörung: verstärkte Blutung nach Zahntentfernung, Geburten, Verletzungen)
Infektionskrankheiten ja nein
 AIDS ja nein
 Hepatitis A ja nein
 Hepatitis B ja nein
 Hepatitis C ja nein

Bitte wenden! ➔

Allergien ja nein
(Heuschnupfen, Überempfindlichkeit gegen Medikamente, Pflaster)

wenn ja, welche: _____

Schilddrüsenerkrankung ja nein
(Kropf)

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Medikamenten-, Drogenabhängigkeit ja nein

Nehmen Sie Medikamente ein? ja nein

wenn ja, welche: 1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

Sonstige Erkrankungen? ja nein

wenn ja, welche: 1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

Rauchen Sie regelmäßig? ja nein

wenn ja, wieviel: _____ pro Tag

Rauchten Sie früher? ja nein

wenn ja, wann: von _____ bis _____

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? ja nein

Trinken Sie regelmäßig Kaffee? ja nein

wenn ja, wieviel: _____ Tassen am Tag

Fühlen Sie sich zur Zeit überarbeitet? ja nein

Frühere Operationen/Jahr ja nein

(z. B. Beinbruch/2010) 1. _____

2. _____

3. _____

Wann wurden Sie das letzte mal geröntgt?

Datum (ca.) _____ welches Organ _____

Führen Sie einen Röntgenpass? ja nein

Befanden Sie sich in letzter ja nein

Zeit in ärztlicher Behandlung?

wegen: _____ bei: _____

Haben Sie im Moment Zahnschmerzen? ja nein

Weshalb kommen Sie zu uns bzw. was ist Ihr Hauptanliegen? _____

Treten bei zahnärztlichen Behandlungen spezielle Probleme auf? ja nein

Wie oft betreiben Sie Mundhygiene? _____ mal täglich.

Erfolgt das Zähneputzen vor oder nach den Mahlzeiten? davor danach

Führen Sie eine Reinigung der Zahnzwischenräume durch? ja nein

Was meinen Sie wie Karies entsteht? _____

Fluoridgehalt Ihres Trinkwassers _____ mg/l Fluoridgehalt (in Nürnberg sind es 0,2 mg/l)

Welches Mineralwasser trinken Sie bevorzugt? _____

Wird zuhause fluoriertes Speisesalz verwendet? ja nein

Trinken Sie regelmäßig schwarzen Tee? ja nein

Wieviel Mahlzeiten nehmen Sie am Tag zu sich? _____

Sind Ihre Zwischenmahlzeiten gesüßt? ja nein

Wie sind Ihre Trinkgewohnheiten (Art und Häufigkeit der Getränke)? _____

Wünschen Sie von uns aktiv über die Entwicklung im ja nein

Gesundheitsbereich und neueren, besseren zahnmedizinischen ja nein

Versorgungen informiert zu werden (per Post, Mail, Telefon)? ja nein

Wünschen Sie über ein bedarfsgerechtes, auf Sie individuell ja nein

zugeschnittenes Prophylaxe-Programm informiert zu werden ja nein

(per Post, Mail, Telefon)?

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

- Wir sind eine Bestellpraxis und garantieren Ihnen kurze Wartezeiten. Für Termine die **ohne Absage** nicht eingehalten werden, behalten wir uns vor eine Ausfallgebühr von € 20,- je angefangene halbe Stunde zu berechnen.
- Änderungen meiner Daten und meines Gesundheitszustandes werden von mir rechtzeitig an die Praxis weitergegeben.
- Betäubungsmittel können die Fahrtüchtigkeit beeinträchtigen. Bitte berücksichtigen Sie dies bei Ihren Behandlungsterminen!
- Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben sowie die Kenntnisnahme dieser Hinweise und Ihr Einverständnis.

X

Ort / Datum Unterschrift Patient/in und Zahlungspflichtige/r (falls nicht identisch mit Patient)

Wir bedanken uns sehr herzlich für Ihre Mitarbeit! Wir tun alles damit Sie sich bei uns gut aufgehoben fühlen!

Ihr Praxisteam Dr. Hans-Jürgen Strauß

Fragebogen wurde entgegengenommen von: _____ Fragebogen wurde eingegeben von: _____