

Anamnesebogen

Patient

Name..... Vorname.....

Geburtsdatum.....

Straße.....

PLZ und Ort.....

Telefon (tagsüber).....

Telefon (mobil).....

eMail.....

Beruf.....

Arbeitgeber.....

Krankenkasse/Krankenversicherung.....

Versicherter(falls abweichend)

Name..... Vorname.....

Geburtsdatum.....

Hausarzt

Name.....Telefon.....

Warum suchen Sie uns auf? Wünschen Sie eine/n...

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Routinekontrolle | <input type="checkbox"/> neuen Zahnersatz |
| <input type="checkbox"/> Beratung | <input type="checkbox"/> „zweite“ Meinung |
| <input type="checkbox"/> Schmerzbehandlung | |
| <input type="checkbox"/> andere Gründe..... | |

Durch wen wurden wir empfohlen:.....

Falls wir empfohlen wurden, haben Sie sich im Vorfeld unseren Internetauftritt angeschaut?

- ja nein

Möchten Sie von uns per Post an Ihre halbjährliche Vorsorgeuntersuchung erinnert werden?

- ja nein

Bitte wenden!

Gesundheitsbogen

Auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitte wir Sie diesen Gesundheitsbogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen beigelegt. Selbstverständlich unterliegen diese Angaben der ärztlichen Schweigepflicht. Sie dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

Zahn-Mund-Situation

- | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Zahnfleischbluten | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Zahnfleischrückgang | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Geräusche im Kiefergelenk | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Schmerzen am Kopf oder im Nacken | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wann wurden Sie zuletzt geröntgt? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Vor.....Monaten | | |

Hatten oder haben Sie eine der folgenden Erkrankungen?

- | | | |
|---|-----------------------------|---|
| Herz- Kreislauf-Erkrankungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Hoher oder niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Asthma | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Lebererkrankungen (Gelbsucht/Hepatitis) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, welcher Typ Hepatitis | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C |
| Schilddrüsenerkrankungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Diabetes mellitus („Zuckerkrankheit“) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Rheuma | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Tuberkulose | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Allergien (Allergiepass?) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, welche?..... | | |
| Tragen Sie einen Herzschrittmacher? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Epilepsie | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Grüner Star | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Osteoporose | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Krebserkrankung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| HIV | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, welche? | | |
| <input type="checkbox"/> Herzmedikamente | | |
| <input type="checkbox"/> Cortison(Kortikoide) | | |
| <input type="checkbox"/> Schmerzmittel | | |
| <input type="checkbox"/> Antidepressiva | | |
| <input type="checkbox"/> blutverdünnende Medikamente (Marcumar/ASS) | | |
| <input type="checkbox"/> andere Medikamente..... | | |

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Spritzen/Anästhetika aufgetreten? ja nein

Wenn ja, gegen welche?.....

Für unsere Patientinnen:

Sind Sie schwanger? ja nein

Wenn ja, in welcher Woche?.....

Teilen Sie uns bitte mit, wenn sich Ihr Gesundheitszustand geändert hat.

Datum/Ort.....

Unterschrift.....

Anamneseformulier

Patiëntgegevens

Naam, Voornaam.....

Geboortedatum..... Geslacht: m / v

Straat/Huisnummer.....

Postcode/Plaats.....

Tel. privé/mobiel..... Tel. werk.....

Email.....

BSN-nr:.....

Zorgverzekeraar..... Relatie-nr:.....

Huistandarts: **Huisarts:**

In verband met uw en onze veiligheid verzoeken wij U de volgende vragen zo nauwkeurig mogelijk te beantwoorden. Alle verstekte gegevens vallen onder de strikte zwijgplicht van de tandarts en zijn personeel.

Hart- en vaatziekten:

Hoge bloeddruk ja / nee

Lage bloeddruk ja / nee

Endocarditis ja / nee

Pacemaker ja / nee

Infektieziekten:

AIDS ja / nee

Hepatitis ja / nee

Tuberculose ja / nee

andere

Allergieën:

Lokale verdovingen ja / nee

Antibiotica/Penicilline ja / nee

Latex ja / nee

Andere

Zwangerschap ja / nee

Zo ja, in welke week?.....

Andere aandoeningen:

Bloedstollingsziekten ja / nee

Astma ja / nee

Epilepsie ja / nee

Diabetes ja / nee

Rookt u? ja / nee

Gebruikt u medicijnen ja / nee / welke:.....

Heeft U een volledige gebitsprothese in de bovenkaak? ja / nee

In de onderkaak? ja / nee

Zo ja, hoe lang bent u tandenloos? bovenkaak..... jaar / onderkaak..... jaar

Hoe oud is uw huidige prothese? bovenkaak.....jaar / onderkaak.....jaar

Plaats / Datum: Handtekening:

Patient Data Sheet

Family Name, First Name (Patient) *Date of Birth, Sex: m f*

Street Address *Zip, City, Country*

Home Phone/ Cell Phone *Work Phone*

E-Mail *Profession*

Insurance Company Name

Family Doctor- Name, Address, Phone

If the insured person is differing from patient mentioned above please fill in:

Family Name, First Name (insured person) *Date of Birth*

Street Address *Zip, City, Country*

Consent of Treatment of a Minor

If the patient is under the age of 18, parental consent for treatment (except acute ache) of a minor is required:

Date *Parent/ Legal Guardian Signature*

Please answer the following questions regarding your state of health as exactly as possible:

State of Health	Please mark	Further Information
------------------------	--------------------	----------------------------

Cardiovascular Diseases:

Hypertension	yes	no
--------------	-----	----

Hypotension	yes	no
-------------	-----	----

Valvular Hearth Disease/Defekt	yes	no
--------------------------------	-----	----

Endocarditis	yes	no
--------------	-----	----

Heart Surgery	yes	no
---------------	-----	----

Pacemaker	yes	no
-----------	-----	----

Infectious Diseases:

AIDS	yes	no
------	-----	----

Hepatitis	yes	no
-----------	-----	----

Tuberculosis	yes	no
--------------	-----	----

other:

Allergies/ Intolerances:

Local Anesthetics	yes	no
Analgesics	yes	no
Antibiotics	yes	no

other:

Further Diseases:

Coagulation Diseases	yes	no
Asthma	yes	no
Lung Diseases	yes	no
Thyroid Diseases	yes	no
Rheumatism	yes	no
Epilepsie	yes	no
Diabetes	yes	no
Nephropathy	yes	no
Fainting	yes	no

other:

General Data:

Drug Addiction	yes	no	
Drinking of alcoholic beverages	yes	no	If yes, <input type="checkbox"/> seldom, <input type="checkbox"/> often, <input type="checkbox"/> regularly
Smoker	yes	no	If yes, <input type="checkbox"/> 0-1, <input type="checkbox"/> over 10 cigarettes / day
Regular Medication / Drugs	yes	no	If yes, since when / Name:
X-Rays taken before	yes	no	If yes, Date / Body Parts:
Gravidity / Pregnancy	yes	no	If yes, what month:

Important Information:

- All information is subject to professional medical secrecy and to the regulations on the protection of the privacy of personal data and treated strictly confidential. I agree to those data being saved and processed electronically.
- I engage myself to inform you immediately about all changes occurring during the period of treatment.
- I engage myself to keep agreed appointments or to cancel them at least 2 days in advance, otherwise occurring costs can be invoiced.
- I certify with my signature that I have read and understand all above printed information.

Date

Patient Signature and Parent / Legal Guardian Signature