

Liebe Patientin, lieber Patient!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Dr.ⁱⁿ Silvie Aschauer

Persönliches

Name: _____ Vers.-Nr. u. Geburtsdatum: _____
Straße u. Nr.: _____ PLZ / Ort: _____
Telefon: _____ eMail: _____
Beruf: _____ Dienstgeber*In: _____
Krankenkasse: _____ Zusatzversicherung: _____
Mitversichert: _____

Hinweise zur Organisation

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte sagen Sie ihn mindestens 24 Stunden vorher ab.

Hinweise zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann. Dies kann sowohl durch die Behandlung selbst, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten hervorgerufen werden. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi, das sie sicher nach Hause bringt.

In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Ordination aufmerksam geworden?

- von Freund*Innen empfohlen Familie Telefonbuch Praxisschild
- Internet, über die Seite _____
- Überweisung von _____
- Sonstiges _____

Warum suchen Sie uns auf?

- Kontrolltermin akute Schmerzen
- Mundhygiene Implantatberatung
- biologische Zahnmedizin ‚Zweitmeinung‘
- andere Gründe: _____

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie ...

- Klappenentzündung Angina Pectoris
- Herzschrittmacher Herzinfarkt

ANAMNESEBOGEN

Welche Medikamente nehmen Sie?

- Herzmedikamente
- Cortison (Kortikoide)
- Schmerzmittel
- Antidepressiva
- Blutverdünnung (zB ASS)
- Knochendichte
- Herzschrittmacher
- Herzinfarkt
- andere: _____
- Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen? ja nein
wenn ja, welche: _____

Gibt es allgemeine Unverträglichkeiten oder Allergien?

- _____

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

- Herzen / Kreislauf
- Leber
- Nieren
- Schilddrüse
- Magen / Darm - Trakt
- Gelenke (Rheuma)
- Wirbelsäule
- Hauterkrankungen
- Tumorerkrankungen
- Diabetes
- Neurologisch
- Depressionen
- andere: _____

Haben oder hatten Sie ...

- Bluthochdruck
- Epilepsie
- Grünen Star
- Hepatitis
- Tuberkulose
- HIV (Aids)
- Infektionskrankheiten
- Herpes
- andere: _____

Zahnmedizin weitergedacht ...

- empfindliche Zähne (süß, sauer, kalt warm)
- Zähne schmerzen (mit / ohne Belastung)
- Zahnfleischentzündung (Zahnfleischblutungen)
- Kiefergelenk (Geräusche, Schmerzen)
- Schnarchen Sie
- Knirschen Sie
- Tinnitus / Ohrensausen
- Zahnfleischrückgang
- Zungenbrennen
- Metallgeschmack
- Mundgeruch
- Mundspüllösungen
- Welche Zahnbürste benützen Sie (elektrisch, manuell)? _____
- Welche Zahnpasta benützen Sie? _____
- Gab es kieferorthopädische (Zahnspangen) Vorbehandlungen? _____
- Gibt es eine Schiene, die über Nacht getragen wird? _____
- Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmitteln, wie zB Vitamin D? _____

Möchten Sie von uns per Post oder E-Mail an Termine erinnert werden? ja nein

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Datum:

Unterschrift: