

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum



GEMEINSCHAFTSPRAXIS
DR. KARIN BAUM | DR. THOMAS BAUM



Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir sind stets bemüht, Ihnen die bestmögliche zahnmedizinische Behandlung zukommen zu lassen. Da die Zahnmedizin häufig auch andere Gebiete der Medizin berührt, ist es zu Ihrer Sicherheit wichtig, zunächst ein paar allgemein-medizinische Dinge zu klären.

Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht und dienen lediglich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Dieser Bogen wird Ihrer Patientenkartei hinzugefügt.

Bevor wir uns also über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten bitten wir Sie, sich einen Moment Zeit zu nehmen und diesen Fragebogen sorgfältig auszufüllen. Wenn Sie Fragen haben, sind wir Ihnen natürlich gern behilflich.

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Mobiltelefon: _____ Fax: _____ E-Mail: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____ Krankenkasse: _____

o Gesetzliche Krankenkasse o Private Krankenkasse o Standard-/Basistarif o zusatzversichert o vollversichert o Beihilfe

Falls Sie über jemanden anders (mit-)versichert sind, benötigen wir kurz folgende Angaben:

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Bitte kreuzen Sie die jeweiligen Antworten an und füllen Sie bei Bedarf die Felder aus!

Um unsere Behandlungen bei Bedarf mit Ihrem **Hausarzt** abzustimmen, benötigen wir dessen Anschrift:

Befanden Sie sich innerhalb der letzten zwei Jahre in **ärztlicher Behandlung**? o ja o nein

Falls ja, aus welchem Grund? _____

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente** ein? o ja o nein

Falls ja, welche?

Allergien

Besteht bei Ihnen der Verdacht einer Allergie oder Überempfindlichkeit gegenüber Materialien oder Medikamenten?

o ja o nein

Falls Ja, gegen welche?

Besitzen Sie einen Allergiepass?

o ja o nein

Bluterkrankungen

Blutungsneigung (Hämophilie)?

o ja o nein

Blutarmut (Anämie)?

o ja o nein

Sonstiges? _____



Herz-/Kreislaufkrankungen

Herzschwäche (Insuffizienz)? ja nein
Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)? ja nein
Angina pectoris (Herzasthma)? ja nein
Herzschrittmacher? ja nein
Künstliche Herzklappe(n)? ja nein
Herzfehler? ja nein
Herzinfarkt? ja nein
Hoher Blutdruck? ja nein
Niedriger Blutdruck? ja nein
Wie hoch normalerweise? _____ / _____
Sonstiges? _____

Weitere Erkrankungen der inneren Organe

Magen-Darm-Erkrankungen? ja nein
Nierenerkrankungen? ja nein
Chronische Erkrankungen der Atemwege ja nein
Tumor-Erkrankungen /-operationen? ja nein
Falls ja, mit Bisphosphonat-Therapie? ja nein
Sonstiges? _____

Infektionskrankheiten

Gelbsucht (Hepatitis)? ja nein
Tuberkulose? ja nein
Wurde bei Ihnen ein AIDS-Test durchgeführt? ja nein
Wenn ja, mit welchem Ergebnis? _____
Sonstiges? _____

Röntgen

Wurden Sie in den letzten 12 Monaten im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt? ja nein
Falls ja, wo? _____

Ihre **Wünsche** sind uns wichtig! Sollten Sie vor der Zahnbehandlung persönliche Erwartungen oder Wünsche haben, lassen Sie es uns bitte wissen:

Wir bieten einen kostenlosen **Erinnerungsservice** an, über den Sie sich in regelmäßigen Abständen an Ihre Kontrolltermine erinnern lassen können. Sollen wir diesen Service für Sie einrichten? ja nein

Ich versichere, meine Angaben vollständig und nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Wir werden diesen Fragebogen regelmäßig aktualisieren. Bitte teilen Sie uns Änderungen jedoch umgehend mit!

Erkrankungen des Nervensystems

Epilepsie? Epileptiforme Anfälle? ja nein
Krämpfe? ja nein
Ohnmachtsanfälle? ja nein
Psychosomatische Erkrankungen? ja nein
Depressionen? ja nein
Sonstiges? _____

Stoffwechselerkrankungen

Zuckerkrankheit (Diabetes)? ja nein
Lebererkrankung? ja nein
Schilddrüsenerkrankung? ja nein
Sonstiges? _____

Augenerkrankungen

Grauer Star? ja nein
Grüner Star (Glaukom)? ja nein
Sonstiges? _____

Suchterkrankungen

Rauchen Sie? ja nein
Trinken Sie regelmäßig Alkohol? ja nein
Konsumieren Sie regelmäßig oder gelegentlich Drogen? ja nein
Leiden oder litten Sie an Ess- Brech- Sucht (Bulimie)? ja nein

Schwangerschaft

Wenn ja, in welchem Monat? _____