hansezahn | HAMBURG
DR. JANKE & PARTNER

ANAMNESEBOGEN Erwachsene

Liebe Patientin, lieber Patient,
wir möchten Sie optimal beraten und behandeln. Um ganz gezielt und individuell auf Ihre zahnmedizinischen Wünsche und Bedürfnisse eingehen zu können, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Selbstverständlich behandeln wir Ihre Antworten vertraulich. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich der Behandlung in unserer Praxis.

Patient

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße/Nr. _____ PLZ/Ort _____

Telefon priv. _____ Telefon geschäftl. _____

Mobil _____ E-Mail _____

Beruf _____ Arbeitgeber _____

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße/Nr. _____ PLZ/Ort _____

Telefon priv. _____ Telefon geschäftl. _____

Mobil _____ E-Mail _____

Beruf _____ Arbeitgeber _____

Krankenkasse Name _____

☐ Gesetzliche Krankenkasse ☐ Private Krankenkasse ☐ zusatzversichert
☐ vollversichert ☐ Standardtarif (1,7fach) ☐ Anspruch auf Beihilfe

Ihre Wünsche sind uns wichtig...

Grund Ihres Besuches? _____

Worauf legen Sie besonderen Wert? _____

Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch besonders vermisst? _____

Haben Sie Angst vor einer Zahnbehandlung? ☐ ja ☐ nein

Möchten Sie von uns regelmäßig an Ihren Kontrolltermin erinnert werden? ☐ ja ☐ nein

☐ Ich bin nicht damit einverstanden, dass ich per SMS an Kontrolltermine erinnert werde.

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

☐ Internet ☐ auf Empfehlung von _____ ☐ andere Quelle

Kennen Sie unsere Praxis-Internetseite www.hansezahn-hh.de? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, haben Sie dort für Sie wichtige Informationen gefunden? _____

Welche Informationen suchen Sie auf der Website einer Zahnarztpraxis? _____

Welche der aufgeführten zahnmedizinischen relevanten Erscheinungen treffen auf Sie zu?

allg. Zahnärztlich	**Kiefergelenk**	**Parodontitis**
☐ Zahnschmerzen	☐ Kiefergelenk-Schmerzen	☐ Mundgeruch
☐ überempfindliche Zähne	☐ Zähneknirschen	☐ Zahnfleischbluten
☐ Zahnverfärbungen	☐ Kopfschmerzen/Migräne	☐ Zahnlockerung

☐ Sonstiges _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche? _____

Allergien

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? ☐ ja ☐ nein Wenn ja, welche? _____

Gegen welche Medikamente oder Materialien besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit?

_____

Besitzen Sie einen Allergiepass? ☐ ja ☐ nein

Haben Sie Asthma? ☐ ja ☐ nein

Herz- und Kreislauferkrankungen

Herzschwäche (Insuffizienz)	☐ ja	☐ nein	Herzklappenersatz/Herzfehler	☐ ja	☐ nein
Unregelmäßiger Herzschlag	☐ ja	☐ nein	Hoher Blutdruck	☐ ja	☐ nein
Herzasthma, Angina Pectoris	☐ ja	☐ nein	Niedriger Blutdruck	☐ ja	☐ nein
Herzschrittmacher	☐ ja	☐ nein	Herzinfarkt	☐ ja	☐ nein

Sonstiges _____

Leber- und Stoffwechselerkrankungen

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

Infektionskrankheiten

Leberentzündung (Hepatitis A/B/...)	☐ ja	☐ nein	Tuberkulose	☐ ja	☐ nein
Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten etc.?	☐ ja	☐ nein			
Wurde bei Ihnen ein Aidstest durchgeführt?	☐ ja	☐ nein	Wenn ja, mit welchem Ergebnis? _____		

Bluterkrankung

Blutungsneigung (Hämophilie)	☐ ja	☐ nein	Blutarmut (Anämie)	☐ ja	☐ nein

Sonstiges? _____

Erkrankung des Nervensystems

Epileptische Anfälle	☐ ja	☐ nein	Krämpfe	☐ ja	☐ nein
Psychosomatische Erkrankungen	☐ ja	☐ nein	Ohnmachtsanfälle	☐ ja	☐ nein
Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel?	☐ ja	☐ nein	Sonstiges? _____		

Drogen

Drogenabhängigkeit	☐ ja	☐ nein	Alkoholabhängigkeit	☐ ja	☐ nein
Nikotinabhängigkeit	☐ ja	☐ nein			

Röntgen

Wurden Sie innerhalb der letzten 12 Monate im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröngt?	☐ ja	☐ nein
Besteht bei Ihnen aktuell eine Schwangerschaft?	☐ ja	☐ nein

Ärztliche Behandlung

Befinden Sie sich zur Zeit in ärztlicher/heilpraktiker Behandlung? ☐ ja ☐ nein

Hausarzt/Heilpraktiker _____	Facharzt _____
Straße/Nr. _____	Straße/Nr. _____
PLZ/Ort _____	PLZ/Ort _____
Telefon _____	Telefon _____
E-Mail _____	E-Mail _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit! Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben sofort mit!

Datum _____ Unterschrift _____