



Anamnesebogen

Liebe Patientinnen,
Liebe Patienten,

wir möchten Ihnen die bestmögliche zahnmedizinische Behandlung zukommen lassen. Da die Zahnmedizin häufig auch andere Gebiete der Medizin berührt, ist es zu Ihrer Sicherheit wichtig, zunächst ein paar allgemeinmedizinische Fragen zu klären. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht und dienen lediglich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

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 gerne behilflich. Dieser Bogen wird anschließend Ihrer Patientenkartei hinzugefügt.

Vielen Dank,

Ihre Zahnärztin Andreea Caiser

IHRE ANGABEN

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
Anschrift: _____
Telefon: _____ Fax: _____ E-Mail: _____
Beruf: _____ Arbeitgeber: _____
Hausarzt: _____

VERSICHERUNG

Name Ihrer Krankenkasse: _____
Gesetzliche Krankenkasse Private Krankenkasse Zusatzversicherung
Falls Sie über jemanden (mit-)versichert sind, benötigen wir folgende Angaben:
Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
Anschrift: _____

ALLGEMEIN

Der Grund Ihres Besuches: _____
Befanden Sie sich innerhalb der letzten zwei Jahre in ärztlicher Behandlung? ja nein
Falls ja, aus welchem Grund? _____
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein
Falls ja, welche? _____
Schwangerschaft ja nein Woche _____
Künstliche Gelenke (z.B. Hüfte, Knie) oder Herzklappen? ja nein
Falls ja, welche? _____



Bitte wenden

Sind bei Ihnen Allergien bekannt, z.B. auf Materialien oder Medikamente?

ja nein

Wenn ja, auf welche? _____ Asthma?

ja nein Blutungsneigung? ja nein

Sonstige Bluterkrankungen? _____

Hoher Blutdruck? ja nein Niedriger Blutdruck? ja nein Herzschwäche (Insuffizienz)? ja nein Herzfehler? ja nein Angina pectoris? ja nein Herzschrittmacher ja nein Herzinfarkt ja nein

Wenn ja, wann? _____

Epilepsie (Anfallsleiden)? ja nein Psychosomatische Erkrankungen? ja nein Schwindel - / Ohnmacht? ja nein Ess-Brech-Sucht? ja nein Schlaganfall? ja nein Magen-Darm-Erkrankungen? ja nein Nierenerkrankungen? ja nein Chronische Atemwegs-Erkr.? ja nein Tumor-Erkrankungen /-operationen? ja nein Lebererkrankung? ja nein Schilddrüsenerkrankung? ja nein Hepatitis? ja nein Tuberkulose? ja nein Herpes? ja nein HIV-positiv? ja nein Sonstige Infektionen? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Rauchen Sie? ja nein Wundheilungsstörungen? ja nein Rheuma ja nein Zuckerkrankheit (Diabetes)? ja nein Bisphosphonat-Therapie? ja nein

Wenn ja, seit wann oder wie lange her? _____

Sonstige Erkrankungen? _____

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

Wenn ja, welcher Bereich wurde geröntgt und warum? _____

Wir bieten einen kostenlosen Erinnerungsservice an, an dem wir Sie an Ihre Kontrolltermine erinnern.

 Ja, ich möchte bitte benachrichtigt werden per: Email Post Telefon

Wie haben Sie von unserer Praxis erfahren? _____

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

Ort / Datum _____ Unterschrift * _____

*Ich bin mit meiner Unterschrift einverstanden, dass Andreea Caiser als Rechtsnachfolger von Dr. Becker auf meine Patientendaten (sofern vorhanden) zugreifen darf.

Anamnesebogen Diabetes mellitus

Bitte nur zusätzlich auszufüllen bei diagnostizierter Diabetes!

TYP

Diabetes mellitus Typ 1 2 Schwangerschaftsdiabetes _____
 Andere Seit wann ist dies bekannt? _____
 Ihr aktuelles Gewicht _____ Aktuelle Körpergröße _____
 Nehmen Sie Medikamenten gegen Diabetes mellitus ein? ja nein
 Wenn ja, seit wann? _____

INSULIN

Spritzen Sie Insulin? ja nein Wenn ja, seit wann? _____
 Welches Insulin bzw. Insuline nehmen Sie? _____
 Mit wieviel Einheiten?
 Welchen Blutzuckerzielwert haben Sie? _____ mg/dl/mmol/l
 Welchen Korrekturfaktor haben Sie? 1 IE zusätzlich für _____ mg/dl/mmol/l
 Welche Nadeln benutzen Sie zum Spritzen? _____ Wie oft wechseln Sie die Nadeln? _____
 Mit welchem Gerät führen Sie die Blutzuckerkontrollen durch? _____
 Wie oft messen Sie den Blutzucker? pro Tag _____ pro Woche _____
 Wie viele Unterzuckerungen haben Sie pro Monat? _____ wieviele schwere? _____
 Ab welchem Wert merken Sie eine Unterzuckerung?
 unter 40 mg/dl/2,2 mmol/l ab 60 mg/dl/3,3 mmol/l
 ab 80 mg/dl/4,4 mmol/l über 80 mg/dl/4,4 mmol/l
 Anzahl der Unterzuckerungen im letzten Jahr mit Fremdhilfe? _____

ALLGEMEIN

Haben Sie Familienmitglieder mit Diabetes (welcher Diabetes Typ)? ja nein Typ _____
 Haben Sie bereits an einer Diabetes-Schulung teilgenommen? ja nein
 Wenn ja, wann und wo? _____
 Nehmen Sie am DMP-Programm Diabetes der Krankenkasse teil? ja nein
 Bestehen bei Ihnen Folgeerkrankungen durch den Diabetes mellitus? ja nein
 Wenn ja, welche? _____

PRAXIS

Wann war Ihre letzte Zahnkontrolle? _____
 Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Mundgesundheit nicht sehr geht passt sehr
 Haben Sie ein konkretes Anliegen an uns? _____

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

Ort / Datum _____ Unterschrift * _____



FÜR EIN
BUNTES LEBEN,
GESUNDE ZÄHNE
UND EIN
STRAHLENDES LACHEN.

www.zahnarztpraxis-caiser.de