



ZAHNARZT

Dr. Michael Pampel

Spezialist für Funktionsdiagnostik und -therapie (DGFDT)

CMD-Centrum

Implantologie (zertifiz.)

Parodontologie (zertifiz.)

Konsiliararzt des Klinikums Coburg

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Um einen komplikationslosen Behandlungsablauf, eine vorschriftsmäßige Verwaltung Ihrer Unterlagen und eine optimale Organisation zu gewährleisten, benötigen wir einige Informationen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht und dem Datenschutz. Falls Sie sich über eine Antwort nicht oder noch nicht im Klaren sind, werden wir das im persönlichen Gespräch klären. Für Ihre gewissenhafte Mitarbeit danken wir Ihnen herzlich.

Patient:

Name Vorname Geburtsdatum

mitver- sichert bei:

Name Vorname Geburtsdatum

Adresse:

Strasse Hausnummer

Postleitzahl Ort

Telefonnummer/Handy Telefaxnr.

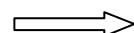
E-Mail-Adresse

Falls Sie mitversichert sind: **Hat der Hauptversicherte die gleiche Adresse?**

Falls nein:

Strasse/Hausnummer Postleitzahl/Ort

bitte wenden



Für Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse:

Name Ihrer Krankenkasse: _____

Sind Sie freiwillig versichert? ja nein

Haben Sie eine private Zusatzversicherung? ja nein

Wenn ja, bei welcher Versicherung _____

Für Mitglieder einer privaten Krankenversicherung:

Name Ihrer Privatversicherung: _____

Sind Sie beihilfeberechtigt? ja nein

Haben Sie Spezialtarife?
(Pensionäre, Studenten) ja nein

Ihr Beruf: _____

Ihr Arbeitgeber: _____

Adresse: _____

Strasse/Hausnummer Postleitzahl/Ort

Telefonnummer Telefaxnr.

Zu Ihrer Information und unserer juristischen Absicherung ein paar Erklärungen. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben, sowie die Kenntnisnahme und/oder Bereitschaft zu den angebotenen Maßnahmen

- Nach einer Anästhesie kann die Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr für 3-6 Stunden eingeschränkt sein.
- Zur Entlastung der Verwaltung werden unsere Liquidationen von einer externen Verrechnungsstelle erstellt (ABZ-ZR). Mit der Weitergabe der dafür erforderlichen Daten bin ich einverstanden.
- Um meine Zähne langfristig gesund zu erhalten, möchte ich regelmäßig schriftlich oder telefonisch an die notwendigen Vorsorgeuntersuchungen erinnert werden: ja nein
- Änderungen meiner Daten und meines Gesundheitszustandes werden von mir unverzüglich weitergegeben.
- Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?
 Auf Empfehlung Internet Telefonbuch

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, per SMS an meinen vereinbarten Termin erinnert zu werden: ja nein
Mobil-Nr.

Datum Unterschrift

Fragebogen zum Gesundheitszustand:

Ärztliche Behandlung:

Stehen Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? ja nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____

Letzte zahnärztliche Untersuchung wann? _____

Hausarzt / Facharzt:

Name, Adresse und Telefonnummer _____

Außerdem bin ich derzeit bei einem Facharzt in Behandlung für _____

(Name, Adresse des Facharztes): _____

Medikamente:

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? _____

Gerinnungshemmende Medikamente:

Dauerhaft oder in letzten Tagen, z. B.

- Aspirin/ASS
- Marcumar / Phenprocoumon
- Plavix/ Iscover/Clopidogrel
- Ticlopidin

Regelmäßige Medikamente:

Blutdruckmedikament: ja nein

Herzmedikament ja nein

Schmerzmittel ja nein

Rheumamittel ja nein

Psychopharmaka ja nein

„Antibabypille“ ja nein

Antidiabetika ja nein

Antibiotika in letzten 3 Monaten ja nein

Sonstiges? _____

Allergien:

Heuschnupfen, Nahrungsmittel? ja nein

Besitzen Sie einen Allergiepass? ja nein

Antibiotika? ja nein

Schmerzmittel? ja nein

Jod? ja nein

Latex (z.B. in Gummihandschuhen) ja nein

Metalle? ja nein

ungewöhnliche Reaktionen auf zahnärztliche Behandlungsmaßnahmen, z. B. bei

Spritzen ja nein

Medikamenten ja nein

welche _____

Sonstiges? _____

Immunschwäche:

Einnahme von Cortison? ja nein

Zustand nach Organtransplantation? ja nein

AIDS, HIV? ja nein

Bestrahlung, Chemotherapie? ja nein

Blutkrebs? ja nein

Sonstiges? _____

Andere Erkrankungen oder Behinderungen:

Tumorerkrankungen, z.B. Brustkrebs, Prostatakrebs? ja nein

Sonstiges? _____

Herzerkrankungen:

Herzschwäche (Insuffizienz)? ja nein

Unregelmässiger Herzschlag (Arrhythmien)? ja nein

Herzasthma, Angina pectoris? ja nein

Herzmuskelentzündung? ja nein

Herzklappenentzündung? ja nein

Herzinfarkt? ja nein

künstliche Herzklappe? ja nein

Herzschrittmacher, Herzklappenersatz? ja nein

Sonstiges? _____

Kreislaufkrankungen:

Zu hoher Blutdruck? ja nein

Zu niedriger Blutdruck? ja nein

Sonstiges? _____

Gefäße:

Schlaganfall: ja nein
Thrombosen ja nein
Durchblutungsstörungen ja nein
Krampfadern ja nein
Sonstiges? _____

Bluterkrankungen:

Gerinnungsstörungen? ja nein
Nachbluten nach Operationen? ja nein
häufiges Nasenbluten? ja nein
blaue Flecken auch ohne Verletzung bzw. nach Berührung? ja nein
Sonstiges? _____

Leber:

Fettleber? ja nein
Leberzirrhose? ja nein
Hepatitis A B C7 ja nein
Gelbsucht? ja nein
Gallensteine? ja nein
Sonstiges? _____

Nieren:

Nierensteine? ja nein
Nierenentzündung? ja nein
Dialysepflichtig? ja nein
Sonstiges? _____

Atemwege:

COPD? ja nein
Lungenemphysem? ja nein
Schlafapnoe? ja nein
Schnarchen Sie? ja nein
Sonstiges? _____

Magen/Darm:

Verdauungsstörungen? ja nein
Sodbrennen? ja nein
Refluxkrankheit? ja nein
Geschwür? ja nein
Sonstiges? _____

Augen:

Grüner Star? ja nein
Grauer Star? ja nein
starke Einschränkung der Sehkraft? ja nein
Blindheit? ja nein
Sonstiges? _____

Skelettsystem/Knochen?

Osteoporose? ja nein
Gelenkerkrankungen? ja nein
künstliche Gelenke? ja nein
Muskelkrankungen? ja nein
Fibromyalgie? ja nein
Sonstiges? _____

Wurden Sie in der Vergangenheit oder werden Sie zurzeit mit Bisphosphonaten behandelt?
Wegen welcher Erkrankung? ja nein

Stoffwechsel:

Zuckerkrankheit? ja nein
Diabetes mellitus Typ I
Diabetes mellitus Typ II
Schilddrüsenunterfunktion? ja nein
Schilddrüsenüberfunktion? ja nein
Sonstiges? _____

Nerven/Gemüt:

Krampfanfälle? ja nein
Lähmungen? ja nein
Depressionen? ja nein
Angstzustände? ja nein
Sonstiges? _____

Röntgen:

Wurden im letzten Jahr Aufnahmen im Kopf-Kiefer-Zahnbereich angefertigt?

ja nein

Wenn ja, wo? _____

Unsere digitalen Röntgengeräte gewährleisten eine möglichst geringe Strahlendosis.

Schwangerschaft:

Wenn ja, im welchen Monat? _____

Rauchen Sie?

ja nein

Wie viel durchschnittlich pro Tag? _____

Haben Sie mit dem Rauchen aufgehört?

ja nein

Vor wie viel Monaten/Jahren? _____

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

ja nein

Wie viel? _____

Auffälligkeiten im Mund/Zahnbereich:

temperaturempfindliche Zähne?

ja nein

Zahnfleischbluten?

ja nein

Stellungsveränderung der Zähne

ja nein

Zahnspange in der Vergangenheit?

ja nein

häufiges "Durch den Mund Atmen"?

ja nein

Zahnverluste durch Karies?

ja nein

Zahnverluste durch Zahnlockerung?

ja nein

Zahnarztbesuch wegen Zahnlockerung/Zahnfleischbeschwerden?

ja nein

„Parodontose-Behandlung“ durchgeführt wann? _____

ja nein

Was ist der Grund für Ihren heutigen Zahnarztbesuch? _____

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich außerdem einverstanden, dass die von mir angefertigten Fotos zu zahnmedizinischen und wissenschaftlichen Fachzwecken veröffentlicht werden können.

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

Datum _____

Unterschrift _____

Praxis Dr. M. Pampel, Qualitätsmanagement

erstellt von: Kerstin Loscher

Version Nr.: 1.05

zuletzt geändert am: 10.01.2017/K.L.

W:Qualitätsmanagement/Druckvorlagen/Verwaltung/Anamnesebogen.doc
