Anamnesebogen

staufenplatzpraxis
zahnmedizin

Dr. med. dent. Leyla Caglar-Boger

Liebe Patientin, lieber Patient,

herzlich willkommen in der Staufenplatzpraxis für Zahnmedizin von Dr. Caglar-Boger.

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 unserer Praxis.

Persönliches

Name, Vorname _____ Tel. privat _____ Tel. mobil _____

Straße, Nr. _____ E-Mail _____

PLZ, Ort _____ Beruf _____

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) _____ Arbeitgeber _____

Krankenkasse _____ Tel. Arbeit _____

gesetzlich versichert ja ☐ nein ☐ privat versichert ja ☐ nein ☐ Basistarif ja ☐ nein ☐
zusatzversichert ja ☐ nein ☐ Beihilfe berechtigt ja ☐ nein ☐

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versichert?

Name, Vorname _____ Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) _____

Straße, Nr. _____ PLZ, Ort _____

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name _____ Ort _____ Telefon _____

In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

☐ von Bekannten empfohlen ☐ Telefon-/Branchenbuch ☐ Zeitungsanzeige
☐ Überweisung von _____ ☐ Internet, über Seite _____ ☐ Sonstiges _____

Möchten Sie an unserem kostenfreien **Recall-System** teilnehme, sodass wir Sie automatisch an Ihre Vorsorgetermine erinnern? ☐ ja ☐ nein

Sollten Sie zu einem Ihrer Termine verhindert sein, bitten wir Sie diesen mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, andernfalls müssen wir Ihnen die für Sie reservierte Zeit in Rechnung stellen.

Bitte beachten Sie auch die Rückseite! →

Anamnesebogen

staufenplatzpraxis
zahnmedizin

Dr. med. dent. Leyla Caglar-Boger

Warum suchen Sie uns auf? Wünschen Sie eine/n

- ☐ Routinekontrolle
- ☐ Professionelle Zahnreinigung
- ☐ Schmerzbehandlung
- ☐ andere Gründe
- ☐ neuen Zahnersatz
- ☐ Beratung
- ☐ ›zweite Meinung‹

Haben Sie akute Zahnschmerzen?
Wenn ja, wie äußern sich diese?

- ☐ Dauerschmerz
- ☐ Zähne reagieren auf süß/sauer
- ☐ Manche Zähne sind temperaturempfindlich
- ☐ Zähne schmerzen bei Belastung oder Kauen
- ☐ Schmerzen oder Entzündungen am Zahnfleisch
- ☐ Kiefer-/Kieferschmerzen
- ☐ Zahnfleischbluten
- ☐ Problem mit dem Zahnersatz

Haben Sie Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen?	☐ ja ☐ nein
Haben Sie starken Würgereiz?	☐ ja ☐ nein
Knirschen Sie mit den Zähnen?	☐ ja ☐ nein
Fühlen Sie sich psychisch stark belastet?	☐ ja ☐ nein
Rauchen Sie?	☐ ja ☐ nein
Nehmen Sie Drogen?	☐ ja ☐ nein
Nehmen Sie regelmäßig Alkohol?	☐ ja ☐ nein
Schnarchen Sie?	☐ ja ☐ nein

Wünschen Sie eine gezielte Beratung über

- ☐ Bleaching/Zahnaufhellung
- ☐ Gold- und Keramikinlays
- ☐ Amalgamaustausch oder Alternativen
- ☐ Kinderprophylaxe
- ☐ Implantate

Haben oder hatten Sie

Hohen Blutdruck	☐ ja ☐ nein
Niedrigen Blutdruck	☐ ja ☐ nein
Asthma	☐ ja ☐ nein
Schlaganfall	☐ ja ☐ nein
Diabetes	☐ ja ☐ nein
Nasennebenhöhlenerkrankung	☐ ja ☐ nein
Ohrensausen/ Tinnitus	☐ ja ☐ nein
Ohnmachtsneigung	☐ ja ☐ nein
Epilepsie	☐ ja ☐ nein
Grüner Star/Grauer Star	☐ ja ☐ nein
eine Schilddrüsenerkrankung	☐ ja ☐ nein
Tumorerkrankung (Bestrahlung/Chemo)	☐ ja ☐ nein
Rheuma · Gelenke · Weichteile	☐ ja ☐ nein
Tuberkulose	☐ ja ☐ nein
HIV (Aids)	☐ ja ☐ nein
Hepatitis ☐ A ☐ B ☐ C	☐ ja ☐ nein
Allergien (wenn ja, wogegen)	☐ ja ☐ nein

Sonstige Infektionen/Erkrankungen

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der / des

Herzen oder Kreislauf	☐ ja ☐ nein
Leber	☐ ja ☐ nein
Nieren	☐ ja ☐ nein
Magen-Darm-Traktes	☐ ja ☐ nein
Wirbelsäule · Verkrümmung · Bandscheibe	☐ ja ☐ nein

Nur bei Erkrankungen des Herzens beantworten!
Haben oder hatten Sie

- ☐ eine Herzklappenentzündung
- ☐ einen Herzschrittmacher
- ☐ Herzrhythmusstörungen
- ☐ Angina Pectoris
- ☐ einen Herzinfarkt
- ☐ Bypassoperation

Nehmen Sie Medikamente? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, welche?

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, welche?

Für unsere Patientinnen
Sind Sie schwanger? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, in welchem Monat? _____

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?

Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Terminen Behandlungsterminen
Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann und zwar sowohl durch die Behandlung an sich, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi.

Name Unterschrift

Vielen Dank. Ihre Staufenplatzpraxis für Zahnmedizin