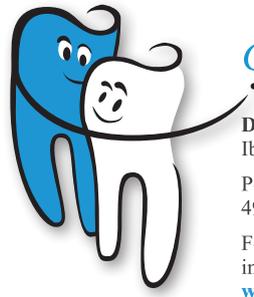


Anamnesebogen für Erwachsene



Gerade Zähne – gerade jetzt!

Dr. Sabine Mirsberger
Ibbenbüren Z-MVZ GmbH
Permer Straße 26
49479 Ibbenbüren
Fon 05451 87008
info@kfo-ibb.de
www.kfo-ibb.de

Dr. Sabine Mirsberger
Rheine Z-MVZ GmbH
Osnabrücker Str. 237
48429 Rheine
Fon 05971 8006808
info@kfo-ibb.de
www.mirsberger-rheine.de

Liebe Patientin, lieber Patient!

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 und dem Datenschutz.

Persönliches

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Tel. privat _____ Tel. mobil _____

E-Mail _____ Beruf _____

Name der Krankenkasse / privaten Krankenversicherung _____

gesetzlich versichert privat versichert Basistarif beihilfeberechtigt Zusatzversicherung

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Wer ist der behandelnde Zahnarzt?

Name _____ Ort _____ Tel. _____

In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

von Bekannten empfohlen Telefon- / Branchenbuch Zeitungsanzeige

Überweisung von _____

Internet, über die Seite _____ Sonstiges _____

Falls wir empfohlen wurden, haben Sie sich im Vorfeld unseren Internetauftritt angeschaut? ja nein

Was ist der Grund für Ihren Besuch?

- Unzufriedenheit mit der Ästhetik
- Funktionsprobleme (Zähneknirschen, Schmerzen / Knacken im Kiefergelenk, Schwierigkeiten beim Abbeißen / Kauen)
- Überweisung durch den Zahnarzt
- Sonstiges _____

Hinweise zur Organisation

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte sagen Sie ihn mindestens 24 Stunden vorher ab.

- bitte wenden -



Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der / des ...

- Herzens oder Kreislaufs ja nein
Nieren ja nein
Schilddrüse ja nein
Magen-Darm-Traktes ja nein
Gelenke (Rheuma) ja nein
Wirbelsäule ja nein

Allergien / Überempfindlichkeiten

- Sind bei Ihnen jemals Allergien aufgetreten? ja nein
Wenn ja, wogegen?
-

- Haben Sie einen Allergiepass? ja nein

Haben oder hatten Sie ...

- hohen Blutdruck ja nein
niedrigen Blutdruck ja nein
Blutungsneigung / Bluterkrankung ja nein
einen Herzschrittmacher ja nein
Diabetes (Zuckerkrankheit) ja nein
Epilepsie (Anfallsleiden) ja nein
Asthma / Lungenerkrankung ja nein
HIV (Aids) ja nein
Hepatitis ja nein
Wenn ja, welcher Typ? A B C
Sonstige Infektionen / Erkrankungen ja nein
Wenn ja, welche?
-

Vorherige Behandlungen

- Stehen Sie in regelmäßiger ärztlicher Behandlung?
 ja nein Wenn ja, warum?
-

- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ja nein
Wenn ja, welche?
-

- Ist bei Ihnen eine der folgenden Therapien durchgeführt worden? ja nein
 orthopädisch physiotherapeutisch
 logopädisch
Wenn ja, warum?
-
-

Fragen zur Zahngesundheit

Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch? _____

Wann wurden Sie das letzte Mal im Kopf-/Halsbereich geröntgt? Welche Aufnahmen wurden gemacht?

Schmerzt Ihr Kiefergelenk / der Kiefer? ja nein

Knackt Ihr Kiefergelenk? ja nein

Knirschen Sie mit den Zähnen? ja nein

Wenn ja, tagsüber nachts

Neigen Sie zu Kopfschmerzen? ja nein

Wenn ja, wie häufig? _____

Haben oder hatten Sie Zahnfleischbluten? ja nein

Atmen Sie vorwiegend durch Mund oder Nase?

Schlafen Sie mit offenem Mund? ja nein

Beißen Sie gewohnheitsmäßig auf

Zunge Lippe Fingernagel Bleistift Sonstiges

Haben oder hatten Sie einen Sprachfehler ja nein

Liegen bei Ihnen Hals-, Nasen- und ja nein

Ohrenproblematiken vor? Wenn ja, welche?

Hatten Sie Unfälle im Kiefer- oder Gesichtsbereich?

ja nein Wenn ja, welcher Art?

Wurden Sie bereits kieferorthopädisch behandelt?

ja nein

Name und Ort des Vorbehandlers

Anmerkungen:

Ich versichere hiermit, dass ich alle Angaben nach bestem Wissen gemacht habe und die Praxis bei Änderungen informiere.

Datum

Unterschrift