

Anamnesebogen



Antje Ehrhardt-Merzendorfer
Zahnärztin & Heilpraktikerin

Ganzheitliche Zahnheilkunde
Neuraltherapie · Applied Kinesiology
Orthomolekulare Medizin

Eisenacher Straße 18 · 36167 Nüsttal-Morles
www.die-zahn-praxis.de

Telefon (06684) 616 · Fax (06684) 9179 45

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 Bogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliches

Name / Vorname

Geburtsdatum

Straße / Nr.

Geburtsort

PLZ / Ort

Tel privat

Tel Mobil

E-Mail

Krankenkasse / private Krankenversicherung _____

gesetzlich versichert ja nein privat versichert ja nein Basistarif ja nein
Zusatzversicherung ja nein beihilfeberechtigt ja nein

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name, Adresse

Wichtige Hinweise:

- Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.
- Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe
- Eine Beratung/Untersuchung nach ganzheitlichen/naturheilkundlichen Methoden wird Ihnen nach der Gebührenordnung LNZ (Verzeichnis für naturheilkundliche Leistungen) in Rechnung gestellt.
- Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung und Bearbeitung meiner Daten nach Art. 6 Nr. 1a DS-GVO, § 3 Abs. 4 Nr. 3 BDSG einverstanden.

Datum

Unterschrift

Röntgen

Wann wurden Sie zuletzt im Kopfbereich geröntgt?

Besitzen Sie einen Röntgenpass? ja nein

Für Patientinnen

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Wenn ja, welche Woche/ Monat?

Allgemeine Gesundheitsfragen

Befinden Sie sich in ständiger
ärztlicher Behandlung? ja nein

Wenn ja, warum? _____

Bekommen Sie schnell blaue
Flecken? ja nein

Leiden Sie unter schlecht heilenden
Wunden? ja nein

Leiden Sie an längeren Blutungen
nach Verletzungen? ja nein

Knirschen Sie? ja nein

Sind Sie morgens oft müde und
unausgeschlafen? ja nein

Tragen Sie einen Aufbissbehelf/
Schiene? ja nein

Herz-, Kreislaufferkrankungen

Niedriger Blutdruck ja nein

Hoher Blutdruck ja nein

Herzschrittmacher ja nein

Endokarditis ja nein

Herzklappenersatz ja nein

Angina Pectoris ja nein

Schlaganfall ja nein

Gerinnungsstörung ja nein

Besitzen Sie einen Herzpass? ja nein

Herzinfarkt ja nein

Wenn ja, wann? _____

Herzfehler ja nein

Wenn ja, wann? _____

Tumorleiden ja nein

Wenn ja, welche? _____

Wurde es operiert? ja nein

Chemotherapie ja nein

Bestrahlung ja nein

Infektionskrankheiten

HIV ja nein

Hepatitis (A, B, C) ja nein

Tuberkulose ja nein

Vegetative und Chronische Erkrankungen

Schwindel ja nein

Ohnmachtsneigung ja nein

Asthma bronchiale ja nein

Diabetes mellitus ja nein

Magen-Darm-Erkrankungen ja nein

Nierenerkrankungen ja nein

Rheuma ja nein

Ohrensausen / Tinnitus ja nein

Glaukom (grüner Star) ja nein

COPD ja nein

Epilepsie ja nein

Multiple Sklerose (MS) ja nein

Depression ja nein

Osteoporose ja nein

Fühlen Sie sich körperlich stark
belastet? ja nein

Fühlen Sie sich psychisch stark
belastet? ja nein

Schilddrüsenerkrankung ja nein

Nehmen Sie regelmäßig

Medikamente ja nein

Wenn ja, welche? _____

Bekommen oder bekamen Sie
jemals eine
Bisphosphonattherapie? ja nein

Rauchen Sie? ja nein

Wenn ja, wie viele pro Tag? _____

Sind Sie gegen bestimmte
Medikamente oder Substanzen
allergisch? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Fragen / Anmerkungen:

Datum: _____ Unterschrift: _____

Für Praxis! Anamnese aktuell?:

Datum: _____ Unterschrift: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____