



ANAMNESEBOGEN

Zahnärztliche Gemeinschaftspraxis
Dr. Baumbach & Dr. Käding

PATIENTENINFORMATIONEN

Geschlecht: M W

Nachname	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Wohnort	
Telefon (privat)	Telefon (tagsüber)	
E-Mail Adresse	Beruf	
Name der Versicherung / Krankenkasse	Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung? Wenn ja, welche? (Name)	

Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte die folgenden Angaben ergänzen:

Nachname (Zahlungspflichtiger)	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Wohnort	

Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger:

Hat der Patient das 18. Lebensjahr nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig.

Datum	Erziehungsberechtigter
-------	------------------------

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Wir freuen uns, dass Sie unsere Praxis aufgesucht haben. Wir wären Ihnen sehr dankbar, wenn Sie uns Auskunft darüber geben könnten, wie Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden sind.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auf Empfehlung durch	Überweisung vom Kollegen	Zahnärztekammerliste	Telefonbuch
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Internetseite der Zahnarztpraxis	Andere Internetseite	Sonstiges	

Was ist die Ursache Ihres Zahnarztbesuches?

Leiden Sie unter Zahnfleischbluten?	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Mundgeruch?	<input type="checkbox"/>
Haben Sie manchmal einen Metallgeschmack?	<input type="checkbox"/>
Haben Sie häufig Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/>
Haben Sie häufig Nackenschmerzen?	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Zahnschmerzen?	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter empfindlichen Zahnhälsen?	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:	<input type="checkbox"/>
.....	
.....	
.....	

Wünschen Sie eine besondere Beratung über:

Implantate	<input type="checkbox"/>
Prophylaxe	<input type="checkbox"/>
Bleaching	<input type="checkbox"/>
Parodontose	<input type="checkbox"/>
Kunststoff-Füllungen	<input type="checkbox"/>
Keramik-Füllungen	<input type="checkbox"/>
Amalgamentfernung	<input type="checkbox"/>
Narkosebehandlung	<input type="checkbox"/>
Hochwertigen Zahnersatz	<input type="checkbox"/>
Spezielle Wurzelbehandlung	<input type="checkbox"/>
Laserbehandlung	<input type="checkbox"/>

GEMEINSCHAFTSPRAXIS
Dr. med. dent. Henning Baumbach
Dr. med. Matthias Käding
Harburger Rathausstr. 37
21073 Hamburg

Tel: +49 (0)77 69 50
Fax: +49 (0)7 65 20 04
www.zahnaerzte-baumbach-kaeding.de

PATIENTENFRAGEBOGEN

HERZ-KREISLAUF-ERKRANKUNGEN

- Hoher Blutdruck (Hypertonie) Ja Nein
Niedriger Blutdruck (Hypotonie) Ja Nein
Herzklappenerkrankung / -defekt Ja Nein
Herzerkrankung Ja Nein
Herzschrittmacher Ja Nein
Endokarditis-Prophylaxe Ja Nein

MEDIKAMENTE

INFEKTIONSERKRANKUNGEN

- HIV Ja Nein
Hepatitis A, B oder C Ja Nein
Tuberkulose Ja Nein
Andere Ja Nein

MEDIKAMENTE

ALLERGIEN / UNVERTRÄGLICHKEITEN

- Lokalanästhetika Ja Nein
Schmerzmittel Ja Nein
Antibiotika Ja Nein
Andere Ja Nein

MEDIKAMENTE

WEITERE ERKRANKUNGEN

- Blutgerinnungsstörungen Ja Nein
Asthma Ja Nein
Lungenerkrankungen Ja Nein
Schilddrüsenerkrankungen Ja Nein
Rheuma Ja Nein
Epilepsie Ja Nein
Diabetes Ja Nein
Nierenfunktionsstörungen Ja Nein
Ohnmachtsanfälle Ja Nein
Grauer Star Ja Nein

MEDIKAMENTE

ALLGEMEINE ANGABEN

- Drogenkonsum Ja Nein
Alkoholkonsum Ja Nein
Zigarettenkonsum Ja Nein
Regelmäßige Medikamente Ja Nein

Frühere Röntgenuntersuchung Ja Nein

Schwangerschaft Ja Nein

Wenn Ja: selten oft regelmäßig
Wenn Ja: 0-10 pro Tag über 10 pro Tag
Wenn Ja, seit wann & welche? _____

Wenn Ja, wann & welche Körperteile?

Wenn Ja, welcher Monat?

Nehmen Sie aktuell Medikamente gegen Knochenstoffwechselstörungen, wie z.B. Osteoporose (sog. Bisphosphonate) bzw. haben Sie diese in der Vergangenheit genommen? Ja Nein

WICHTIGE INFORMATIONEN

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 verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mind. zwei Tage im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

X

Datum

Unterschrift Patient und Zahlungspflichtiger Erziehungsberechtigter