



mundduett
moderne zahnheilkunde



Anamnesebogen

für Erwachsene

Zahnarztpraxis mundduett
Justyna M. Bergold & Dr. Julia Freidhof

Sophie-Scholl-Platz 2
63452 Hanau/Main

Tel. (06181) 189 33 00
Fax (06181) 189 33 10

E-Mail praxis@mundduett.de
Internet www.mundduett.de



Liebe Patienten,

willkommen in der Zahnarztpraxis mundduett

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihr Lächeln und Ihre Zahngesundheit anvertrauen!

Unser Ziel ist es, Ihnen eine bestmögliche und individuelle Behandlung anzubieten. Deshalb möchten wir Sie bitten, sich einen Moment Zeit zu nehmen, diesen Fragebogen sorgfältig zu lesen und so genau wie möglich auszufüllen.

Gerne besprechen wir die wesentlichen Fragen und Antworten gleich noch einmal ausführlich mit Ihnen.



Die folgenden Angaben dienen ausschließlich der Optimierung Ihrer Behandlung. Deshalb möchten wir Sie bitten auch künftige Änderungen Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer Anschrift mitzuteilen. Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

1 Persönliche Angaben

KONTAKTDATEN DES PATIENTEN

Name, Vorname	Geb. Datum	Geb. Ort	<input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> w
Straße				
PLZ	Ort			
Tel. privat	Mobil			
E-Mail				
Beruf	Arbeitgeber	Tel. beruflich		

Ist der Patient nicht der Hauptversicherte, ergänzen Sie bitte folgende Angaben:

KONTAKTDATEN DES HAUPTVERSICHERTEN

Name, Vorname	Geb. Datum	<input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> w
Straße			
PLZ	Ort		
Tel. privat	Mobil		
E-Mail			
Beruf	Arbeitgeber	Tel. beruflich	

ICH BIN

- gesetzlich versichert
 privat versichert

Name der Krankenkasse

- zusatzversichert

Bei welcher Zusatzversicherung?

ANGABEN ZUR ZAHLUNGSPFLICHT

- Patient
 Hauptversicherter
 Sonstige Person

Name des Hausarztes / Facharztes

Kontaktdaten

Wurden bereits Röntgenbilder der Zähne und / oder des Kopfes angefertigt?

- Ja Nein

Wann und von wem wurden die Röntgenaufnahmen angefertigt?

Bitte vermerken Sie hier, sofern bekannt den Ort, die Straße sowie die Telefonnummer Ihres Hausarztes.

Bitte vermerken Sie hier, sofern bekannt den Monat und das Jahr der Aufnahmen sowie den Namen des Arztes / der Praxis.

2 Ihr Anliegen

WAS IST DER GRUND IHRES BESUCHES?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kontrolluntersuchung | <input type="checkbox"/> Zahnschmerzen | <input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten |
| <input type="checkbox"/> Migräne / Kopf- & Nackenschmerzen | <input type="checkbox"/> Kiefergelenksbeschwerden | <input type="checkbox"/> Knirschen |
| <input type="checkbox"/> Mundgeruch | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |

BERATUNGSWUNSCH

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Professionelle Zahnreinigung | <input type="checkbox"/> Weiße Zähne (Bleaching) | <input type="checkbox"/> Zahnästhetik / Kosmetik |
| <input type="checkbox"/> Zahnfarbene Keramikfüllungen | <input type="checkbox"/> Amalgamausleitung | <input type="checkbox"/> Implantate / Implantatversorgung |
| <input type="checkbox"/> Zahnärztliche Hypnose | <input type="checkbox"/> Lachgasbehandlung | |

Die Stellung der Zähne sollte nicht isoliert betrachtet werden. Vielmehr sollen ganzheitliche Gesichtspunkte, wie die Vorbeugung von Erkrankungen sowie Funktion und Funktionsstörungen verstärkt Berücksichtigung finden. Aus diesem Grund finden Sie im Folgenden einige allgemeine und spezielle Gesundheitsfragen, mit der Bitte diese bestmöglich zu beantworten.

3 Allgemeine Gesundheitsfragen

ÄRZTLICHE BEHANDLUNG

Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein
Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?

HERZERKRANKUNGEN

Herzschwäche (Insuffizienz)? Ja Nein
Herzschrittmacher / Künstl. Herzklappe? Ja Nein
Zustand nach Herzinfarkt? Ja Nein
Sonstiges?

KREISLAUFERKRANKUNGEN

zu hoher Blutdruck? Ja Nein
zu niedriger Blutdruck? Ja Nein
Sonstiges?

INFEKTIONSKRANKHEITEN

Hepatitis (A/B/C)? Ja Nein
Tuberkulose? Ja Nein
HIV? Ja Nein

STOFFWECHSELERKRANKUNGEN

Diabetes? Ja Nein
Schilddrüsenerkrankungen? Ja Nein
Nierenerkrankungen? Ja Nein
Magen- / Darmerkrankungen? Ja Nein
Chronische Lebererkrankungen? Ja Nein
Sonstiges?

ERKRANKUNGEN DES NERVENSYSTEMS

Epileptische Anfälle? Ja Nein
Depressionen? Ja Nein

SONSTIGE ERKRANKUNGEN UND ANGABEN

Rheuma? Ja Nein
Chronische Lungenerkrankungen / Asthma? Ja Nein
Nase- / Nebenhölerkrankungen? Ja Nein
Haben Sie eine sonstige schwere Erkrankung? Ja Nein
Wenn ja, welche? Ja Nein

4 Spezielle Gesundheitsfragen

MEDIKAMENTE

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Ja Nein
Wenn ja, welche Medikamente?

Nehmen Sie Blutverdünner? Ja Nein
Wenn ja, welches Medikament?

Nehmen Sie Medikamente gegen Osteoporose oder Tumorerkrankungen ein (z.B. Bisphosphonate)? Wenn ja, welches Medikament? Ja Nein

FÜR UNSERE WEIBLICHEN PATIENTEN

Sind Sie schwanger? Ja Nein
Wenn ja, in welchem Monat?

ALLERGIEN

Besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit oder Allergie gegen bestimmte Materialien oder Medikamente? Wenn ja, gegen welche? Ja Nein

Besitzen Sie einen Allergiepass? Ja Nein

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol oder andere Rauschmittel? Wenn ja, welche? Ja Nein

Konsumieren Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel? Wenn ja, welche? Ja Nein

5 Anamnese für Angstpatienten

NOTIEREN SIE IHRE ERSTE NEGATIVE ERINNERUNG AN EINEN ZAHNARZTBESUCH:

Bitte notieren Sie das Datum Ihres letzten Zahnarztbesuchs: _____

Seit wann haben Sie Angst vor dem Zahnarzt? _____

seit

Haben Sie auch Angst bei anderen Ärzten und Behandlungen? _____

Ja Nein

KREUZEN SIE BITTE AN, WELCHE WAHRNEHMUNG BEI IHNEN ANGST AUSLÖST?

- Schmerz, z.B. bei Betäubungsspritzen
- Bohrgeräusche oder Bohren am Zahn
- Instrumente und deren Geräusche
- Fremde Hände im Mund
- Ausgeliefertsein, nicht zu wissen, was geschieht
- Desinfektionsgeruch
- lang, andauernde Behandlung
- hektische Behandlung
- Warten vor der Behandlung
- Angst, wieder Angst zu haben
- sonstige Angst, und zwar _____

ANGST ÄUßERT SICH BEI MIR DURCH:

- Schwitzen
- Zittern
- Unruhe
- Neigung zu Ohnmacht
- Herzklopfen
- Blässe im Gesicht
- kalte Hände und Füße
- Schlafstörungen vor der Behandlung
- Vermeidung des Zahnarztbesuches
- sonstige Regungen, und zwar _____

UND DAS HABE ICH BISHER GEGEN MEINE ANGST GETAN:

BEI EINEM ZAHNARZTBESUCH WIRKT AUF MICH FOLGENDES ANGSTBERUHIGEND:

- ein Gespräch über den Zustand meiner Zähne und welche Behandlung erfolgt
- eine genaue Erklärung, was der Zahnarzt tut, bevor er behandelt
- ein geduldiger und umsichtiger Arbeitsstil des Arztes
- freundliche und beruhigende Stimmen im Gespräch mit mir
- sofortiger Bohrstop, wenn ich mich rege oder den linken Arm hebe
- wenn ich während der Behandlung selbst entscheiden kann
- wenn mir der Arzt versichert, dass er meine Angst ernst nimmt
- wenn mich während der Behandlung aufliegende Hände beruhigen
- wenn ich keine, außer der behandlungsnotwendigen Berührung erfahre
- sonstiges, und zwar: _____

BERATUNGSWUNSCH

- Zahnärztliche Hypnose
- Lachgasbehandlung

HIERAN ERKENNE ICH, DASS ICH MICH BEI EINER BEHANDLUNG RICHTIG GUT FÜHLE

- wenn mein Atem ganz ruhig ist und ich tief in den Bauch hinein atme
- wenn meine Hände / Füße gut durchblutet sind und mein Herz gleichmäßig schlägt
- wenn ich mit meinen Gedanken abschweife und ein wohlige Gefühl im Bauch entwickle
- wenn mein Nacken und meine Schultern ganz entspannt sind und ich ruhig liegen kann
- wenn ich in der Nacht vor dem Zahnarztbesuch gut schlafe
- sonstiges, und zwar: _____

WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?

Empfehlung von _____ Internet Telefonbuch Sonstiges Überweisung von _____

MÖCHTEN SIE AN IHREN NÄCHSTEN VORSORGETERMIN ERINNERT WERDEN?

Ja Nein

per Telefon per E-Mail per SMS

Ich habe diesen Fragebogen mit bestem Gewissen ausgefüllt und bestätige mit meiner Unterschrift die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben. Änderungen werde ich unverzüglich mitteilen.

Wir werden, falls erforderlich, gleich mehrere Termine für Sie reservieren. Dies erspart Ihnen lange Wartezeiten und wir sind am vereinbarten Termin nur für Sie da. Qualitätsarbeit ist nur ohne Zeitdruck möglich.

Wir bitten Sie, Termine die Sie nicht einhalten können, **spätestens 24 Stunden** vorher abzusagen, da ansonsten die durch das Fernbleiben entstandenen Kosten (ab 45 Minuten) in Rechnung gestellt werden können.

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte **bei jedem Besuch** in der Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, müssen wir Sie als Privatpatient betrachten und Sie erhalten eine Rechnung.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten