

Aufnahmebogen

Herzlich willkommen in unserer Praxis. Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient:	_____	_____	_____
	Name	Vorname	Geburtsdatum
Hauptversicherter:	_____	_____	_____
	Name	Vorname	Geburtsdatum
Anschrift:	_____	_____	
	Strasse	Wohnort	
Kontakt:	_____	_____	_____
	Festnetznummer	Handy	E-Mail Adresse
Versicherung:	_____	_____	
	Krankenkasse	Mitgliedsnummer	
Hausarzt:	_____	_____	_____
	Hausarzt	Adresse	Telefon
Arbeitgeber:	_____	_____	
	Arbeitgeber	Beruf	

Allgemeine Anamnese

Herz-/Kreislauf:

Herzfehler	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Angina pectoris	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Herzinfarkt	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Herzschrittmacher	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
künstliche Herzklappe	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Herzklappenentzündung	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
hoher Blutdruck	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
niedriger Blutdruck	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Rhythmusstörungen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Herzschwäche	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Sonstiges	_____	

Stoffwechsel:

Diabetes mellitus	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Schilddrüsenunterfunktion	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Schilddrüsenüberfunktion	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

Bluterkrankungen:

erhöhte Blutungsneigung	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
häufig blaue Flecken	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Blutarmut	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

Weitere Angaben:

Rauchen Sie?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Alkohol-/Drogenabhängigkeit	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

Medikamente:

regelmäßige Einnahme von _____

Allergien:

Welche? _____

Gefäße:

Schlaganfall	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Durchblutungsstörungen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Krampfaderen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Thrombosen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

Nerven/Gemüt:

Krampfanfälle (Epilepsie)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Lähmungen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Depressionen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Angstzustände	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Sonstiges	_____	

Infektionskrankheiten:

Hepatitis A/B/C	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
HIV (AIDS)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Tuberkulose	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Chronische Bronchitis	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Sonstiges	_____	

Röntgen:

letzte Röntgenaufnahme _____

Schwangerschaft:

Sind Sie schwanger?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Wenn ja, welcher Monat?	_____	

Ärztliche Behandlungen:

Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Wenn ja, weswegen?	_____	

Knochen:

Werden/wurden Sie mit Biphosphonaten behandelt?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
-------------------------------------------------	--------------------------	----------------------------

Spezielle Anamnese

- | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Haben Sie aktuell Zahnschmerzen? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Sind ihre Zähne empfindlich? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Fällt Ihnen bei der täglichen Mundhygiene gelegentlich ein Zahnfleischbluten auf? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Haben Sie den Eindruck, dass sich Ihr Zahnfleisch zurückbildet? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Nehmen Sie hin und wieder ein Knacken im Kiefergelenk wahr? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Leiden sie unter Spannungskopfschmerzen? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Leiden Sie unter Kieferschmerzen? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Sind sie im Alltag stressbelastet? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Knirschen Sie nachts oder tagsüber mit den Zähnen? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Sind sie mit der Ästhetik (Farbe, Stellung, Form) ihrer Zähne zufrieden? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Haben Sie Interesse an einem intensiven Prophylaxeprogramm, um Zähne und Zahnfleisch dauerhaft gesund zu erhalten? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns Änderungen der o.g. Angaben sofort mit!

Datum: _____ Unterschrift: _____