

MVZ "Am Schloßplatz" GmbH
Zahnärztin Barbara Mehnert
Schloßplatz 7 - 68723 Schwetzingen
Telefon: 06202-21955 - Telefax: 06202-22026

Anamnesebogen

Sehr geehrte/r

Wir freuen uns über Ihren Besuch in unserer Praxis und danken für Ihr Vertrauen. Sprechen Sie mit uns über Ihre individuellen Wünsche und Vorstellungen. Wir beraten Sie gerne über die Möglichkeiten und Alternativen!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen sorgfältig auszufüllen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht (§203 StGb). Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Allgemeine Angaben

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Anschrift: _____

Tel. Privat: _____

Mobil: _____

E-Mail Adresse: _____

Beruf: _____

Arbeitgeber, Ort: _____

Tel. Arbeitsplatz: _____

gesetzlich versichert?

ja nein

Name der Krankenkasse _____

Haben Sie eine private Zusatzversicherung?

ja nein

Wenn ja, wo? _____

Privat versichert

ja nein

Bei welcher Versicherung? _____

Beihilfeberechtigt

ja nein

Basistarif

ja nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, geben Sie bitte den Versicherten an.

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name _____ Ort _____

Telefon _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Warum suchen Sie uns auf? Wünschen Sie eine/ n...

Routinekontrolle

O neuen Zahnersatz

O Beratung

"zweite Meinung"

Schmerzbehandlung

andere Gründe

Haben Sie Schmerzen?

Zahnfleischprobleme

Mundgeruch

Mundtrockenheit

Mundbrennen

Metallgeschmack

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Kieferschmerzen/ Kiefergelenkschmerzen

Knirschen

Pressen

Kopfschmerzen

Nackenschmerzen

Unfallbedingte Kopf- und Nackenschmerzen

Ohrgeräusche/Tinnitus

ja nein

ja nein

ja nein

ja nein

ja nein

ja nein

Allergien bzw. Unverträglichkeiten

Allergiepass vorhanden?

Medikamente

wenn ja welche _____

Nahrungsmittel

wenn ja welche _____

Kunststoffe

wenn ja welche _____

Metalle

Wenn ja welche _____

Hauterkrankung

Wenn ja welche _____

ja nein

ja nein

ja nein

ja nein

ja nein

ja nein

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie...

Herzoperation

Herzinfarkt

Herzschrittmacher

Angina Pectoris

Hoher Blutdruck

Niedriger Blutdruck

ja nein

ja nein

ja nein

ja nein

ja nein

ja nein

Haben oder hatten Sie Infektionskrankheiten

Hepatitis A

Hepatitis B

Hepatitis C

HIV (Aids)

Creutzfeld-Jacob-Krankheit

ja nein

ja nein

ja nein

ja nein

ja nein

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

Magen/ Darm

Leber/ Galle

Blase/ Nieren

Schilddrüse/ Hashimoto

Migräne

Lunge/ Asthma

sonstige Erkrankungen _____

ja nein

ja nein

ja nein

ja nein

ja nein

ja nein

Für unsere Patientinnen

Sind Sie schwanger?

Wenn ja, welche Woche/ Monat _____

ja nein

Medikamente: Nehmen Sie regelmäßig ...

| | |
|--|-------------|
| Herzmedikamente | O ja O nein |
| Schmerzmittel | O ja O nein |
| Cortison | O ja O nein |
| Antidepressiva | O ja O nein |
| Nehmen Sie Bisphosphonat | O ja O nein |
| Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie | O ja O nein |
| Stehen Sie in Strahlentherapie | O ja O nein |
| Blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar, ASS | O ja O nein |
| andere Medikamente: _____ | |

Rauchen Sie? ja nein Wenn ja wie viel täglich _____

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? ja nein

Können wir bei Ihnen problemlos alkoholhaltige
Medikamente und Materialien verwenden ja nein

Haben Sie irgendwelche nicht körpereigenen Materialien

| | |
|--------------------|-------------|
| Piercing | O ja O nein |
| Tätowierung | O ja O nein |
| Implantate | O ja O nein |
| Künstliche Gelenke | O ja O nein |
| Herzschrittmacher | O ja O nein |
| Stents | O ja O nein |

Haben Sie besondere Beratungswünsche

| | |
|---|-------------|
| Maßnahmen zur Zahnerhaltung? | O ja O nein |
| Professioneller Zahnreinigung? | O ja O nein |
| Hochwertiger Zahnersatz? | O ja O nein |
| Bleaching? | O ja O nein |
| Eine Beratung über Knochenerhaltung und Zahnimplantate? | O ja O nein |
| Alternative Behandlungsmethoden? | O ja O nein |
| Austattung verträglicher Materialien u. Medikamente? | O ja O nein |
| Amalgamsanierung und Quecksilberausleitung? | O ja O nein |

Wann waren Sie das letzte Mal beim Zahnarzt? Monat _____ Jahr _____

Wann hatten Sie die letzte Röntgenuntersuchung im
Mund- & Kieferbereich _____

Hinweis zur Organisation:

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindesten 24 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Wir rechnen Selbstzahlerleistungen über das Rechenzentrum DZR Dr. Güldener ab. Anbei liegt für Sie die Einverständniserklärung zur Unterschrift. Sie werden selbstverständlich im Vorfeld über eventuelle Preisleistungen aufgeklärt.

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten zur Aufnahme in das Recall- System einverstanden.

Schwetzungen, den _____

**Unterschrift / bzw.
Unterschrift des Erziehungsberechtigten**