

Neuaufnahme

Name

Vorname

geb. am

Straße

PLZ, Ort

Telefon

Arbeitgeber d. Vers.

Kasse

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
um die für Ihre Behandlung geeigneten Medikamente und Behandlungsverfahren auswählen zu können, bitten wir Sie um Beantwortung der folgenden Fragen zur allgemeinen Vorgeschichte (Anamnese). Der Fragebogen bleibt bei Ihren Akten und fällt unter die ärztliche Schweigepflicht. Bei Unklarheiten können sie gerne nachfragen.

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Krankheiten?

- 1. Allergien welche ja nein
- 2. Anfallsleiden (Epilepsie) ja nein
- 3. Atemwegserkrankungen ja nein
 welche
- 4. Blutgerinnungsstörungen ja nein
- 5. Diabetes welcher Typ ja nein
- 6. Gallenleiden ja nein
- 7. Glaukom (erhöhter Augendruck) ja nein
- 8. Hauterkrankungen ja nein
- 9. Hämatologische Erkrankungen ja nein
(Erkrankungen blutbildener Organe)
- 10. Herz-Kreislauf-Erkrankungen ja nein
- 10.1. Herzinsuffizienz ja nein
- 10.2. Koronare Herzkrankheit/ Angina pectoris ja nein
- 10.3. Herzinfarkt ja nein
- 10.4. Herzrhythmusstörungen ja nein
- 10.5. Herzschrittmacher ja nein
- 10.6. Herzklappenfehler/ -ersatz ja nein
- 10.7. Hypertonie (erhöhter Blutdruck) ja nein
- 10.8. Hypotonie (niedriger Blutdruck) ja nein
- 10.9. Mangeldurchblutung des ZNS/ Apoplex (Schlaganfall) ja nein
- 11. Infektionskrankheiten ja nein
- 11.1. Hepatitis welche ja nein
- 11.2. Immunmangelsyndrom (AIDS) ja nein

- 12. Lebererkrankungen ja nein
 - 13. Magen-Darm-Erkrankungen ja nein
 - 14. Erkrankungen der Nasennebenhöhlen ja nein
 - 15. Nervenleiden ja nein
 - 16. Nierenerkrankungen ja nein
 - 16.1. Chronische Niereninsuffizienz ja nein
 - 16.2. Dialyse ja nein
 - 17. Osteoporose ja nein
 - 18. Rheumatoide Arthritis ja nein
 - 19. Schilddrüsenkrankungen ja nein
 - 20. Tuberkulose ja nein
 - 21. Tumorerkrankungen welche ja nein
 - 22. Frühere Operationen? welche ja nein
 - 23. Früherer Unfall mit Schädelbeteiligung? ja nein
 - 23. Sind Sie Raucher? Wenn ja, wie viele? ja nein
 - 24. Wann sind Sie das letzte Mal beim Zahnarzt geröntgt worden?
 - 25. Besteht eine Schwangerschaft? ja nein
 - 26. Nehmen Sie regelmäßige Medikamente? ja nein
 welche
 welche
 welche
 - 27. Sonstige Krankheiten? ja nein
 welche
 welche
 welche
- Sind Sie in ständiger ärztlicher Behandlung?**
- Allgemeinarzt/ Internist/ Facharzt für
- Name des Arztes:
- Adresse des Arztes:
- Tel.Nr des Arztes:
- 28. Haben Sie eine der folgenden Veränderungen in Ihrer Mundhöhle beobachtet? ja nein
 - 28.1. Zahnfleischschwund? ja nein
 - 28.2. Zahnfleischbluten? ja nein
 - 28.3. Zahnfleischschmerzen? ja nein
 - 28.4. Zahnlockerung? ja nein
 - 28.5. Mundgeruch? ja nein

- 28.6. Zahnbeläge? ja nein
- 28.7. Sonstiges
29. Wurde bei Ihnen bereits eine Zahn-OP gemacht? ja nein
welche
30. Wurde bereits eine kieferorthopädische Regulierung durchgeführt? ja nein
31. Tragen Sie Zahnersatz? ja nein
Festsitzenden Ersatz seit
Herausnehmbaren Ersatz seit
32. Haben Sie bestimmte Angewohnheiten wie z.B. Zähneknirschen, Zungen-, Wangen- oder Lippenpressen? ja nein
33. Haben Sie Beschwerden beim Kauen? ja nein
34. Haben Sie Schmerzen bei weiter Mundöffnung? ja nein
35. Machen Ihre Kiefergelenke Geräusche? ja nein
36. Haben Sie Schmerzen im, vor oder hinter dem Ohr? ja nein
37. Leiden Sie an Verkrampfungen im Nacken- oder Halsbereich? ja nein
38. Leiden Sie häufig an Kopfschmerzen? ja nein
39. Waren Sie in den letzten 12 Monaten zur zahnärztlichen Behandlung? Wenn ja, weswegen? ja nein
Schmerz ja nein
Routine ja nein
Sonstiges ja nein
40. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Datum, Unterschrift

Wir sind bemüht, Ihre Behandlung in Ruhe, ohne Zeitdruck, zu einem festen Termin und innerhalb eines bestimmten Zeitraumes durchzuführen. Sie werden deshalb gebeten, die Bestellzeit genau einzuhalten.

Für den Fall, daß Sie verhindert sein sollten, sagen Sie Ihren Termin bitte rechtzeitig ab und treffen Sie eine neue Terminvereinbarung, ansonsten wird Ihr Termin in Rechnung gestellt.

Mit freundlichen Grüßen,
Ihr Praxisteam