

Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Universitätszahnklinik. Damit wir Sie bestmöglich betreuen können, möchten wir Sie bitten, die persönlichen Angaben zu vervollständigen und die Fragen zu beantworten. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht!

Patient*in:

- männlich
 weiblich
 divers

Name, Vorname

geboren am

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

Versicherte*r:

- Ehegatte
 Vater/Mutter

Name, Vorname

geboren am

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

E-Mail-Adresse:

Krankenkasse:

Name

Versichertennummer

Versicherungsstatus:

- privat versichert
 Beihilfe
 Basistarif
 Vollversichert

- gesetzlich versichert
 pflichtversichert
 freiwillig versichert
 mit priv. Zusatzversicherung

- Zuzahlungsbefreiung
 Beihilfe
 Zusatzversicherung
 Kostenerstattung

Hausarzt:

Zahnarzt:

ggf. gesetzl. Betreuer:

Bestehen bei Ihnen folgende Gesundheitsstörungen bzw. Risikofaktoren?	Ja	Nein	Weiß nicht
1. Herz-, Kreislauf- oder Gefäßerkrankungen? (insbes. Bluthochdruck, Herzklappenerkrankungen, Herzrhythmusstörungen) Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Bluterkrankungen oder verstärkte Blutungsneigung? Einnahme von gerinnungshemmenden Medikamenten? (Bsp.: ASS, Marcumar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Allergien/ Überempfindlichkeitsreaktionen? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Infektionserkrankungen? (z.B. Gelbsucht/Hepatitis, Tuberkulose/Tbc, HIV/AIDS) Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sind Sie als Kind/ Jugendlicher kieferorthopädisch behandelt worden? Wenn ja, wo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Liegen ähnliche Zahnfehlstellungen in Ihrer Familie vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja	Nein	Weiß nicht
7. Sind bei einem Unfall der Kiefer verletzt oder die bleibenden Zähne beschädigt worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Seit wann verschieben sich die Zähne?			
9. Erkennen Sie einen Grund, warum sich die Zähne verschieben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Knirschen Sie nachts mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Knackt es im Bereich der Kiefergelenke oder hat es schon einmal geknackt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Schnarchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Setzen Sie beim Schlafen mit der Atmung aus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Atmen Sie mehr: <input type="checkbox"/> durch den Mund <input type="checkbox"/> durch die Nase?			
15. Sind weitere Erkrankungen bekannt, die hier nicht erwähnt wurden? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, welche Schwangerschaftswoche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Medikamente/ Dosierung:

Bitte teilen Sie uns jede Änderung der Anschrift, des Gesundheitszustandes, von Medikamenteneinnahmen und bei Frauen eine eventuelle Schwangerschaft mit!

Weiterhin weisen wir darauf hin, dass nach einer Anästhesie die Fähigkeit zum Führen eines Kraftfahrzeuges und/oder zum Bedienen von Maschinen 24 Stunden eingeschränkt sein kann.

Zur Sicherung einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung wie auch zur Erfüllung unserer Aufgaben in Lehre und Forschung ist es unerlässlich, die bei Ihrer Behandlung erhobenen medizinischen Befunde auszuwerten. Hierzu erbitten wir Ihre Zustimmung:

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass Mitarbeiter/innen und Studierende auf meine Behandlungsdokumentation zu wissenschaftlichen Zwecken Zugriff nehmen dürfen, um darin enthaltene Daten jeweils in pseudonymisierter, d. h. verschlüsselter Form (Art. 4 Nr. 5 DSGVO) zu verarbeiten und im Rahmen von Forschungsprojekten zu publizieren.

Ich willige in die Datenerhebung ein.

Ich bin mit der Wiederbestellung zu Kontrolluntersuchungen und Prophylaxeterminen* einverstanden: ja nein

* Bitte beachten Sie, dass es sich hierbei um eine kostenpflichtige Leistung handelt. Eine Vielzahl der gesetzlichen Krankenkassen gewährt seinen Versicherten einen Zuschuss im Rahmen von freiwilligen Leistungen.

Ich bin damit einverstanden, dass Sie mich per E-Mail und per Handy (SMS) kontaktieren: ja nein

Ort, Datum

Unterschrift Patient*in oder gesetzliche/r Vertreter*in