

Anamnesebogen

Pat.-Nr.: _____

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:

<input type="checkbox"/> männlich	_____	_____
<input type="checkbox"/> weiblich	Name, Vorname	geboren am
<input type="checkbox"/> divers	_____	_____
	Straße, Hausnummer	
	_____	_____
	PLZ, Ort	Telefon
	_____	_____
	E-Mail-Adresse	

Versicherte*r:

<input type="checkbox"/> Ehegatte	_____	_____
<input type="checkbox"/> Vater/Mutter	Name, Vorname	geboren am
	_____	_____
	Straße, Hausnummer, PLZ, Ort	

Krankenkasse:

_____	_____
Name	Versichertennummer

Versicherungsstatus:	<input type="checkbox"/> privat versichert	<input type="checkbox"/> gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> Zuzahlungsbefreiung
	<input type="checkbox"/> Beihilfe	<input type="checkbox"/> pflichtversichert	<input type="checkbox"/> Beihilfe
	<input type="checkbox"/> Basistarif	<input type="checkbox"/> freiwillig versichert	<input type="checkbox"/> Zusatzversicherung
	<input type="checkbox"/> Vollversichert	<input type="checkbox"/> mit priv. Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/> Kostenerstattung

Hausarzt: _____

Zahnarzt: _____

ggf. gesetzl. Betreuer/in: _____

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. Herzschrittmacher-/ Defibrillator-Implantation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Asthma, chronisch obstruktive Lungenerkrankungen oder anderweitige Atemnot?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Bluterkrankungen oder verstärkte Blutungsneigung? Einnahme von gerinnungshemmenden Medikamenten? (Bsp.: ASS, Marcumar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Diabetes mellitus? Insulinpflichtig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Grüner Star (Glaukom)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Infektionserkrankungen? (z.B. Gelbsucht/Hepatitis, Tuberkulose/Tbc, HIV/AIDS) Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Allergien/ Überempfindlichkeitsreaktionen? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Autoimmunerkrankungen (Bsp.: rheumatische Erkrankungen)? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte wenden!

Bestehen bei Ihnen folgende Gesundheitsstörungen bzw. Risikofaktoren?	Ja	Nein	Weiß nicht
10. Schilddrüsenerkrankungen? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Erkrankungen der inneren Organe (Bsp. Leber, Niere)? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Nervenleiden (Bsp. Epilepsie)? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Konsumgewohnheiten (Rauchen/ Alkohol)? Wenn ja, welche und wieviel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sind oder waren Sie alkoholabhängig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Konsumieren Sie Drogen oder Rauschmittel? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Sind weitere Erkrankungen bekannt, die hier nicht erwähnt wurden? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, welche Schwangerschaftswoche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Medikamente/ Dosierung:

Gab/ Gibt es Komplikationen bei zahnärztlichen Behandlungen?

Im Falle einer geistigen, körperlichen oder psychischen Behinderung:

Diagnose: _____

Ist eine Kooperationsfähigkeit zur Behandlung gegeben? ja nein bedingt

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