

(Bitte ausfüllen)

Anamnesebogen

für eine gute Diagnose und Behandlung



Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns, dass Sie in unsere Praxis gekommen sind.

Beim ersten Kontakt zwischen Ihnen und uns spielt das Kennenlernen eine besondere Rolle. Fragen zu aktuellen Beschwerden, aber auch Informationen zum bisherigen Leben sind für uns wichtig, um eine Diagnose stellen zu können und Sie gut behandeln zu können.

Das Wort "Anamnese" kommt aus dem Griechischen und bedeutet soviel wie Erinnerung - und genau das ist der Zweck der ärztlichen Anamnese: das Erinnern an alle wesentlichen Informationen aus dem bisherigen Patientenleben. Gerne machen wir uns ein Bild, wie Sie Ihre Beschwerden/Ihre Krankheit erleben.

Die Anamnese ist für den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses besonders wichtig. Wir möchten, dass Sie sich gut aufgehoben fühlen und laden Sie ein, auch unangenehme Themen anzusprechen.

Nehmen Sie sich Zeit, die nachfolgenden Fragen zu beantworten. Sie sind nicht gezwungen, den Fragebogen auszufüllen. Allerdings wäre eine möglichst vollständige Ausfüllung sehr hilfreich für den Behandlungsablauf.

Sollte Ihnen eine Frage unverständlich sein, lassen Sie diese zunächst offen. Später wird Ihnen eine unserer Mitarbeiterinnen gerne bei der Beantwortung behilflich sein. Den ausgefüllten und unterschriebenen Bogen händigen Sie bitte der Ärztin beim Erstkontakt aus.

Bitte teilen Sie uns auch künftige Änderungen Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer Adresse mit. Natürlich werden Ihre Angaben streng vertraulich behandelt und an niemanden weitergegeben.

Patient

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Anschrift

Straße, Hausnr.	PLZ	Ort
-----------------	-----	-----

Telefon privat	Telefon mobil	Telefon Arbeit
----------------	---------------	----------------

Mitglied bei Familienversicherten

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Krankenkasse oder Privatversicherung

Name	<input type="checkbox"/> Pflichtversichert	<input type="checkbox"/> Freiwillig	<input type="checkbox"/> Privat versichert	<input type="checkbox"/> Beihilfe	<input type="checkbox"/> Standardtarif
------	--	-------------------------------------	--	-----------------------------------	--

Beruf und Arbeitgeber

Beruf	Arbeitgeber
-------	-------------

Arbeitgeber Adresse

1. Hatten/Haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

Allergien/Unverträglichkeiten

Jod Latex Penicillin
 Metalle, ggf. welche? _____
 Kunststoffe _____
 Konservierungsstoff _____
 Medikamente _____
 Sonstige _____

Krankheiten

Asthma (schwere Atemnot) ja nein
 Rheuma ja nein
 Diabetes ja nein
 Schilddrüse ja nein
 Gelbsucht ja nein

Herzkrank

ja nein
 Herzinfarkt ja nein ggf. wann? _____
 Herzschrittmacher ja nein
 Schlaganfall ja nein ggf. wann? _____
 Endokarditisprophylaxe ja nein

Hepatitis

ja nein A B C seit wann? _____
 HIV ja nein seit wann? _____
 TBC ja nein seit wann? _____

Blutgerinnungsstörungen

ja nein
 Bluterkrankung ja nein

Sonstige Krankheiten? _____

2. Sind bei Ihnen Operationen durchgeführt worden? Wenn ja welche?

Wo?	Was?	Wann?
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ja nein ggf. welche?

4. Waren Sie regelmäßig beim Zahnarzt?

ja nein

Haben Sie ein Bonusheft?

ja nein

5. Wann war die letzte Röntgenuntersuchung an den Zähnen? _____

6. Hatten Sie schon eine Parodontose-Behandlung? Wenn ja, wann? _____

7. Haben Sie Zahnersatz? Wenn ja, seit wann? _____

8. Waren/sind Sie in kieferorthopädischer Behandlung? ja nein

lose Spange festsitzend mit osteopathischer Begleitbehandlung

9. Hatten Sie Amalgamfüllungen? ja nein

Ist bei Ihnen eine Amalgamausleitungstherapie durchgeführt worden? ja nein

Wann? _____ Wie lange? _____

10. Kiefergelenk:

a) Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen? ja nein

b) Haben Sie morgens Muskelverspannungen oder Schmerzen

an der seitlichen Kopf- oder Unterkieferregion? ja nein

c) Tragen Sie eine Schiene ja nein

Oberkiefer Unterkiefer

d) Haben Sie Kiefergelenksbeschwerden/Nackenverspannungen? ja nein

11. Leiden Sie unter Kopfschmerzen oder Migräne? ja nein

12. Haben Sie Rückenprobleme? ja nein

Hüft- ja nein

Knie- ja nein

Fuß- ja nein

13. Sind Sie bereits auf stärkeres Schnarchen angesprochen worden? ja nein

14. Waren Sie schon einmal bei einem Heilpraktiker? ja nein

bei einem Osteopathen? ja nein

15. Besteht eine Schwangerschaft? ja nein ungewiss. Ggf. wievielte Woche?

16. Rauchen Sie? ja nein selten früher stark wenig

17. Eigene Geburt, falls bekannt: spontan schwierig mit Saugglocke Zange

18. Für Frauen) Komplikation bei der Geburt der eigenen Kinder? ja nein

Ggf. was? Dammschnitt Symphysenprobleme Kaiserschnitt

Sonstiges _____

Möchten Sie in unser Recall-System aufgenommen werden? ja nein

Von wem sind wir empfohlen worden?

Wenn Sie einen mit uns vereinbarten Termin nicht einhalten können, so sagen Sie diesen möglichst frühzeitig ab, d.h. spätestens 24 Stunden vorher, da wir Ihnen sonst die Kosten für die ungenutzte Zeit (Ausfallentgelt gem. §§ 304,611,615 BGB) in Rechnung stellen.

Ort/Datum

Unterschrift

Kommen Sie aufgrund von unvorhersehbaren Notfällen (z.B. akute Schmerzen) in meine Praxis, müssen Sie mit Wartezeiten rechnen. Als gesetzlich krankenversicherter Patient müssen Sie unbedingt die Krankenversicherungskarte spätestens 10 Tage nach Behandlungstermin vorlegen, da Ihnen sonst die Kosten für die Behandlung privat in Rechnung gestellt werden müssen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Ort/Datum

Unterschrift