Moserzahn – Praxis für Zahnheilkunde
Dr. Annika Moser | Dr. Steffen Schlüter | Dr. Wolfgang Moser*
*angestellter Zahnarzt
Implantologie • Parodontologie • Endodontie • Oralchirurgie/Mikrochirurgie
Jugendheimstr. 2a - 58553 Halver - Tel.: 02353/12444 - E-Mail: info@moserzahn.de – Web: moserzahn.de

ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient,
um Ihnen eine sichere und moderne Behandlung bieten zu können benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand (**siehe Rückseite**). Ihre Daten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Name: _____ **Vorname**: _____ **Geb. am** _____

Versicherter: _____ Vorname: _____ Geb. am _____
(falls abweichend)

Wohnort: _____ **Str.**: _____ **Nr.**: _____

Beruf: _____ **Arbeitgeber**: _____

Tel. priv.: _____ **Tel. berufl.**: _____ **Fax**: _____

Mobil: _____ **E-Mail**: _____

KRANKENVERSICHERUNG

Private Krankenversicherung: _____ Beihilfeberechtigt? ☐ Private Zusatzversicherung? ☐

Gesetzl. Krankenversicherung: _____ Kostenerstattung? ☐ Freiwillig versichert? ☐

Sind Sie in einem Pflegegrad eingestuft oder haben Sie eine Eingliederungshilfe? ☐
(Gesetzlich versicherten Patienten mit Pflegegrad gem. §15 SGB V /Eingliederungshilfe gem. §99 SGB IX stehen zusätzliche Leistungen zu)

SPEZIELLE ANAMNESE/ BERATUNGSWÜNSCHE

Wünschen Sie eine besondere Beratung z.B. über:

Endodontie (Wurzelkanalbehandl.) ☐ Parodontologie (Zahnfleischbehandl.) ☐ Unsichtbare Zahnschienen (Aligner) ☐

Hochwertigen Zahnersatz ☐ Chirurgie: Implantate, Knochentransplantate, Bindegewebstransplantate ☐

Ihr bisheriger **Zahnarzt**: _____
(Bitte geben Sie nach Möglichkeit Name/Adresse/Tel. Nr. an)

Ihr derzeitiger **Hausarzt**: _____
(Bitte geben Sie nach Möglichkeit Name/Adresse/Tel. Nr. an)

Ich komme auf Empfehlung von: _____

WICHTIGE HINWEISE

- **Gesundheit**: Ich weiß, dass die Qualität der Behandlung auch von der Gründlichkeit der von mir mitgeteilten Gesundheitsdaten abhängt. Ich habe alle wichtigen Erkrankungen (z.B. Blutgerinnungsveränderungen, Infektionen, Herz- Kreislauferkrankungen) und Medikamenteneinnahmen mitgeteilt und werde die Praxis bei Veränderungen informieren. Auch meine neue Anschrift und Telefonnummer nach evtl. Umzug werde ich sofort mitteilen.

- **Organisation**: Ich möchte in der Praxis nicht warten müssen und weiß, dass das Praxisterminkonzept pünktliche Behandlungen ermöglicht. Ich stimme zu, dass bei nicht rechtzeitiger Terminabsage meinerseits (mindestens 24 Stunden vorher) und entsprechendem Praxisleerlauf von mir ggfl. eine **Ausfallgebühr** zu zahlen ist, die z.Z. **€ 110,- pro angefangene halbe Stunde** beträgt.

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihrer Anamnese (z.B. neue Medikamenteneinnahme) umgehend mit. Routinemäßig aktualisieren wir Ihre Anamnese alle zwei Jahre. Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

ALLGEMEINE ANAMNESE/ALLGEMEINER GESUNDHEITSZUSTAND

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? *Bei umfangreicher Medikation bitte Liste des Hausarztes mitbringen*

.....

Haben/Hatten Sie folgende Erkrankungen: (Bitte ankreuzen und ggf. handschriftlich angeben) — JA

- **Allergien** (z.B.: Latex, Penicillin, Jod)..... ☐
- **Infektionskrankheiten** (z.B.: HIV/AIDS, Hepatitis C, Tuberkulose)..... ☐
- **Herz-Kreislauf-System** ☐
  - Herzerkrankung ..... ☐
    (z.B.: Infarkt, Angina pectoris, Herzklappenersatz, Rhythmusstörungen, Endokarditis)
  - Hoher oder niedriger Blutdruck hoch ☐ niedrig ☐ ☐
  - Herzschrittmacher/Defibrillator (wenn ja, seit wann?) ..... ☐
- **Blutgerinnung** (z.B.: Gerinnungsstörung, Schlaganfall)..... ☐
  Nehmen Sie regelmäßig Gerinnungshemmer ein?..... ☐
  Magen-Darm-System/Innere Organe..... ☐
  - Lebererkrankung (z.B.: Gelbsucht, Fettleber) ..... ☐
  - Diabetes Typ I ☐ Typ II ☐ ☐
  - Nierenerkrankung (z.B.: Niereninsuffizienz) ..... ☐
  - Schilddrüsenerkrankung (z.B. Über-/Unterfunktion) ..... ☐
  - Atemwege (z.B.: Asthma, COPD)..... ☐
  - Magen-/Darm (z.B.: Morbus Crohn, Ulkus)..... ☐
- **Bewegungsapparat** (z.B.: Osteoporose, Arthrose)..... ☐
  Nehmen Sie hierfür regelmäßig Medikamente ein (z.B. Bisphosphonate)?..... ☐
  Endoprothesen? (z.B.: künstliches Hüft-/ Kniegelenk) Wenn ja, seit wann?..... ☐
- **Autoimmunerkrankungen** (z.B.: Rheuma, MS, Sjögren Syndrom)..... ☐
  Nehmen Sie hierfür regelmäßig Medikamente ein (z.B. Immunsuppressiva, z.B. MTX)?..... ☐
- **Nervenerkrankungen, Anfallsleiden** (z.B.: Epilepsie, Polyneuropathie)..... ☐
- **Psychische Erkrankungen** (z.B.: Depression, Angstzustände) ..... ☐
- **Augenkrankheiten** (z.B.: Grüner/Grauer Star, Engwinkelglaukom)..... ☐
- **Organtransplantation,** wenn ja, welches und wann..... ☐
- **Tumorerkrankung** (auch geheilt!) (z.B.: Krebs, Leukämie + Jahr der Diagnose)..... ☐
  Therapie erfolgt? Operation ☐ Chemotherapie ☐ Bestrahlung ☐ Bisphosphonate ☐
- **Rauchen Sie?** Zigaretten pro Tag ..... ggf. Nichtraucher seit:..... ☐
- **Suchtkrankheiten (Drogenkonsum/Alkoholabhängigkeit)** (aktuell oder früher)..... ☐
- **Sonstige Erkrankungen**..... ☐

- Letztes **Röntgenbild** im Kopf-Hals-Bereich? (Jahr)..... Röntgenpass vorhanden? .....
- Liebe Patientinnen: Liegt eine **Schwangerschaft** vor? SSW ..... vsl. Geburtstermin .....
  Falls eine Schwangerschaft bestehen könnte, teilen Sie uns dieses unverzüglich zum Wohle Ihres ungeborenen Kindes mit.

Hiermit bestätige ich meine Angaben auf beiden Seiten dieses Anamnesebogens:

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____