

Patienten-Anamnesebogen

Praxis Dmitri Klass · Hauptstraße 50, 23611 Bad Schwartau

Bitte vor Ihrem Ersttermin in Ruhe ausfüllen — jede Angabe hilft uns bei der Vorbereitung.

1

Persönliche Daten

ANREDE *

 Frau Herr Divers

TITEL

VORNAME *

NACHNAME *

BERUF

GEBURTSDATUM *

 · · T T M M J J J J

STRASSE UND HAUSNUMMER *

PLZ *

ORT *

TELEFON *

MOBIL

E-MAIL *

VERSICHERUNGSART *

 Gesetzlich Privat Beihilfe Selbstzahler

KRANKENKASSE

2

Allgemeine Gesundheit

LEIDEN SIE UNTER FOLGENDEN BESCHWERDEN? (MEHRFACHAUSWAHL MÖGLICH)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Schwindel |
| <input type="checkbox"/> Tinnitus / Ohrgeräusche | <input type="checkbox"/> Kiefergelenk- / Muskelschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Beschwerden des Bewegungssystems | <input type="checkbox"/> Gelenkerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Bissprobleme | <input type="checkbox"/> Metallgeschmack im Mund |
| <input type="checkbox"/> Augenerkrankungen / Sehstörungen | <input type="checkbox"/> Erkrankung der Nasennebenhöhlen |

ERHOLSAMER SCHLAF?

 Ja Nein Manchmal

SCHWANGERSCHAFT?

 Ja Nein Möglich

REGELMÄSSIGE MEDIKAMENTENEINNAHME?

 Ja Nein

WENN JA: WELCHE MEDIKAMENTE, DOSIERUNG, SEIT WANN?

RAUCHER?

- Nein Gelegentlich Regelmäßig

WIE WÜRDEN SIE IHRE KÖRPERLICHE ENERGIE EINSCHÄTZEN?

- Sehr gut Gut Mittel Schwach Sehr schwach

WIE WÜRDEN SIE IHRE MENTALE ENERGIE EINSCHÄTZEN?

- Sehr gut Gut Mittel Schwach Sehr schwach

KIEFERORTHOPÄDISCHE BEHANDLUNG ODER KIEFER-UNFALL IN DER VERGANGENHEIT?

- Ja Nein

WENN JA: DETAILS (ART, ZEITRAUM)

ANDERE CHRONISCHE SYSTEMERKRANKUNGEN?

- Ja Nein

WENN JA: WELCHE ERKRANKUNGEN?

BELASTET SIE EIN ZAHNÄRZTLICHES / GESUNDHEITLICHES PROBLEM SEELISCH?

- Ja Nein Teilweise

HATTEN SIE GESUNDHEITLICHE VERÄNDERUNGEN BEI MED. / ZAHNÄRZTL. BEHANDLUNGEN?

- Ja Nein

WENN JA: DETAILS

AKTUELLES STRESSLEVEL

- Niedrig Mittel Hoch Sehr hoch

WIE GEHEN SIE MIT STRESS UM?

SCHLAFGEWOHNHEITEN / SCHNARCHEN / SCHLAFAPNOE?

3 Zähne & Mund

LETZTER ZAHNARZTBESUCH (DATUM/MONAT/JAHR)

NAME UND ORT IHRES BISHERIGEN ZAHNARZTES

SCHMERZEN IM ZAHN- ODER KIEFERBEREICH?

Ja Nein Gelegentlich

WENN JA: INTENSITÄT, HÄUFIGKEIT, ORT

MUNDTROCKENHEIT (XEROSTOMIE)?

Ja Nein

ANGST VOR ZAHNBEHANDLUNGEN?

Ja Nein Teilweise

WENN JA: WAS GENAU LÖST DIE ANGST AUS?

TÄGLICHE ZAHNPFLEGE (HÄUFIGKEIT, METHODE)

PROFESSIONELLE ZAHNREINIGUNG (WIE OFT PRO JAHR?)

ZAHNFLEISCHBLUTEN?

Ja Nein Gelegentlich

MUNDGERUCH?

Ja Nein

KNIRSCHEN ODER PRESSEN (BRUXISMUS)?

Ja Nein Vermutet

KIEFERGELENKBESCHWERDEN (CMD)?

Ja Nein Vermutet

4

Biologische Zahnmedizin

VORHANDENE FÜLLUNGEN / IMPLANTATE AUS METALL IM MUND?

Ja Nein Unsicher

WENN JA: WELCHE UND WIE VIELE?

BISHERIGE BEHANDLUNGEN (MEHRFACHAUSWAHL MÖGLICH)

Füllungen (Kunststoff)

Amalgam-Füllungen

Wurzelbehandlung

Kronen

Brücken

Implantate (Titan)

Keramikimplantate

Teil- / Vollprothese

Veneers

Bleaching

Kieferorthopädie / Aligner

Parodontalbehandlung

BEKANNTE METALLUNVERTRÄGLICHKEITEN?

Ja Nein Vermutet

WENN JA: WELCHE METALLE?

WURDEN BEREITS MATERIALTESTUNGEN DURCHGEFÜHRT?

- LTT (Lymphozyten-Transformationstest) Epikutan-Test
- Kinesiologische Testung Basophilen-Degranulations-Test
- Keine bisher

AMALGAM-BELASTUNG IM BLUT ODER URIN SCHON GEPRÜFT?

Ja Nein

WURDE BEI IHNEN SCHON EINE HERDSANIERUNG DURCHGEFÜHRT?

Ja Nein

BEGLEITENDE / NATURHEILKUNDLICHE THERAPIEN?

5 Anliegen & Behandelnde

HAUSARZT (NAME / ORT)

WEITERE ZAHNÄRZTE (NAME / ORT)

HEILPRAKTIKER / THERAPEUT (NAME / ORT)

WAS FÜHRT SIE ZU UNS? WAS SIND IHRE HAUPTANLIEGEN?

WELCHE ERWARTUNG HABEN SIE AN DIE BEHANDLUNG?

WOHER KENNEN SIE UNS?

6 Einwilligungen

Ich habe die Informationen zum Ersttermin (Kostenrahmen 300-900 € · Anzahlung 250 €) gelesen und bin damit einverstanden. *

- Ich habe die Datenschutzerklärung gelesen und willige in die Verarbeitung meiner Daten zur Patientenaufnahme und Behandlungsvorbereitung ein (Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO). *
- Ich entbinde die Praxis von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber den von mir benannten Ärzten, Zahnärzten, Heilpraktikern und meiner Krankenkasse (jederzeit widerruflich, Art. 7 Abs. 3 DSGVO).
- Ich willige in die elektronische Speicherung meiner Daten im Praxisverwaltungssystem ein. *
- Die Praxis darf mich per E-Mail oder Telefon zur Terminabstimmung kontaktieren.
- Foto- und Videodokumentation für Behandlungsplanung und Verlaufskontrolle ist erlaubt.
- Ich versichere, alle obigen Angaben nach bestem Wissen wahrheitsgemäß gemacht zu haben. *

DATUM

UNTERSCHRIFT (PATIENT/-IN ODER GESETZLICHE/-R VERTRETER/-IN)

SO ÜBERMITTELN SIE UNS DEN BOGEN

Bringen Sie den ausgefüllten Bogen einfach zum Ersttermin mit — oder schicken Sie ihn vorab per Post an die Praxis. Sie können den Bogen auch direkt online ausfüllen unter: <https://ganzheitlicher-zahnarzt.de/anamnesebogen/>