

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Privat		
Name, Vorname des Versicherten	geb.am	
AATestpatient		
Charly	01.01.1945	
Schulstr1		
13452	Berlin	
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
	-	P
Betriebsstätten-Nr	Arzt-Nr.	Datum
179999900	999999900	30.05.2017

Versicherte(r)

Dokumentation zum Patientengespräch:
Anamnesebogen aktuell

Behandlungseinrichtung	Beh.-ID
" Dr. Detlef Hildebrand"	
Zahnarztpraxis	
Westhafenstr. 1	
13353	Berlin Mitte
Behandelnde(r) Ärztin/Arzt:	Arzt-ID
Dr. Hildebrand	1

Patient

Name:
AATestpatient

Vorname:
Charly

Geburtsdatum:
01.01.1945

Adresse:
Schulstr1, 13452 Berlin

Telefon (tagsüber&Mobil):

E-Mail:
rezeption@dentalforum-berlin.de

Beruf:

Versicherung

gesetzlich J N
welche?

privat J N
welche?

Zahnezusatzversicherung J N
welche?

Name, Adresse u. Geb.-datum
des Krankenversicherungsmitgliedes:

Wer soll die Rechnung erhalten?

■ Anamnese

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrer
gesundheitlichen Vorgeschichte:

J = Ja

N = Nein

Anamnesebogen aktuell

Allgemein

Alter: _____

Geschlecht: w m

Für Frauen:

Nehmen Sie Kontrazeptiva (Pille)? J N

Könnten Sie Schwanger sein? J N

Stillen Sie? J N

Alkoholkonsum

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? J N

Wenn ja, was und wieviel?

Tabakkonsum

Rauchen Sie? J N

Wenn ja, wieviel?

Behandlung

Leiden Sie zurzeit an einer Infektion (z.B. Erkältung, Magen-/Darminfektion)? J N

Befanden Sie sich in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung? J N

Wenn ja, weswegen?

Medikamente

Nehmen Sie Bisphosphonate oder Denosumab? J N

Nehmen Sie regelmäßig oder zurzeit Medikamente ein (z.B. Schmerz-, Schlaf-, Herz-, Kreislauf-, blutgerinnungshemmende Mittel wie Heparin, Marcumar®, Aspirin®, Plavix®, Psychopharmaka, Antidiabetika, frei käufliche Präparate)? J N

Wenn ja, welche und wieviel pro Tag?

Bluttransfusion

Haben Sie schon einmal eine Bluttransfusion erhalten? J N

Kam es dabei zu Komplikationen? J N

Haben Sie vor dem jetzigen Eingriff Blut gespendet? J N

Gerinnungsstörungen

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden

Gerinnungsstörungen:

Entstehen blaue Flecken/Nasenbluten? J N

Haben Sie eine verlängerte Blutung nach Verletzungen? J N

Blutarmut (Anämie)? J N

Allergien

Leiden Sie an Allergien? J N

Wenn ja, an welchen?

Krebserkrankungen

Leiden oder litten Sie an einer Krebserkrankung? J N

Wenn ja, an welcher?

Bekommen oder bekamen Sie Chemotherapie oder Bestrahlungstherapie im Kopf-Hals-Bereich? J N

Herz-/Kreislaufkrankungen

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden

Herz-/Kreislaufkrankungen:

Herzschwäche (Herzinsuffizienz)? J N

Herzfehler? J N

Angina pectoris (Brustschmerzen)? J N

Herzinfarkt? J N

Herzmuskelentzündung (Endokarditis)? J N

Wenn Ja, wann?

Durchblutungsstörungen? J N

Erhöhter Blutdruck? J N

Erniedrigter Blutdruck? J N

Krampfader (Varizen)? J N

Thrombose / Embolie (z.B. Schlaganfall)? J N

wenn ja, wann?

Andere Herz-/Kreislaufkrankungen? J N

Wenn ja, welche?

Anamnesebogen aktuell

Infektionskrankheiten

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden

Infektionskrankheiten:

Hepatitis? J N

Wenn Ja, welchen A , B , C

Tuberkulose (Tbc)? J N

HIV-positiv (AIDS)? J N

Andere Infektionskrankheiten? J N

Wenn Ja, welchen?

Schilddrüsenerkrankungen

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden

Schilddrüsenerkrankungen:

Schilddrüsenvergrößerung/Kropf? J N

Schilddrüsenüberfunktion? J N

Schilddrüsenunterfunktion? J N

Stoffwechselerkrankungen

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden

Stoffwechselerkrankungen:

Diabetes mellitus? J N

Gicht/Porphyrie? J N

Osteoporose? J N

Andere Erkrankungen

Leiden Sie unter folgenden Erkrankungen:

Lungenerkrankungen (z.B. Asthma)? J N

Nierenerkrankungen/ Dialyse? J N

Lebererkrankungen? J N

Hatten Sie Ohnmacht, oder

Krampfanfälle (Epilepsie)? J N

Haben Sie grünen Star? J N

Frühere Operationen

Kam es bei früheren Operationen zu

folgenden Komplikationen:

Verstärkte Blutungen? J N

Abszesse/Eiterungen/Fisteln? J N

Verzögerte Heilung? J N

Verstärkte Narbenbildung? J N

Thrombosen/Embolien? J N

Sonstige Besonderheiten? J N

Zahnärztliche Anamnese

Haben Sie Beschwerden an den Zähnen
oder Zahnfleisch? J N

Wo:

Ist Ihre Kaufähigkeit beeinträchtigt? J N

Empfinden Sie das Aussehen Ihrer Zähne
als Problem? J N

Haben Sie Schmerzen oder ein Spannungsgefühl im
Kiefergelenk / Gesichtsbereich? J N

Benutzen Sie außer Zahnbürste und Zahnpasta noch
andere Mundhygienemittel? J N

Welche:

Waren Sie im vergangenen Jahr in zahnärztlicher
Behandlung? J N

Hauszahnarzt:

Welches besondere Anliegen führt Sie in unsere
Praxis:

Ich möchte gerne beraten werden über:

Ich komme mit Überweisung von:

Wer hat uns empfohlen:

Termine

Ihre Termine bei uns sind exklusiv für Sie reserviert.

Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können,
bitten wir Sie um Verschiebung mindestens 24
Stunden vorher.

Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir Ihnen
andernfalls die Kosten der für Sie eingeplanten Zeit in
Rechnung stellen müssen.

Vielen Dank für Ihr Verständnis!

Unterschrift

Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter

Ort/Datum: Berlin Mitte

30.05.2017

Anamnesebogen aktuell

Zeitliches Erstellungsprotokoll

Aktionen im Arztmodus

30.05.2017, 16:17:53: Formular 'Anamnesebogen aktuell' geöffnet

30.05.2017, 16:17:58: Weiter auf 'Seite 2'

30.05.2017, 16:17:58: Weiter auf 'Seite 3'

30.05.2017, 16:18:10: Notizseite erzeugt