

ANAMNESEBOGEN 14. - 18. LEBENSJAHR

Liebe Patientin, lieber Patient,

für eine individuelle, auf Deine Gesundheit angepasste Behandlung und Beratung benötigen wir einige Angaben zu Deiner Person sowie zu Deinem allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben.

Bitte fülle diesen Bogen vollständig aus, gerne auch zusammen mit Deinen Eltern. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Sollte etwas unklar sein, bitte einfach nachfragen. Sollten sich im Laufe der Zeit Änderungen zu den Angaben ergeben, informiere uns bitte.

Vielen Dank für Deine Mitarbeit!

PERSÖNLICHE DATEN

1

_____	_____
Name / Vorname	Geburtsdatum
_____	_____
Str. / Hausnr.	PLZ / Ort
_____	_____
Tel. privat	Tel. mobil
_____	_____
E-Mail-Adresse	Schüler / Beruf
_____	_____
Krankenkasse / private Krankenversicherung	Arbeitgeber
<input type="checkbox"/> gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> privat versichert <input type="checkbox"/> Basistarif <input type="checkbox"/> Zusatzversicherung <input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt	

WENN DU NICHT SELBST KRANKENVERSICHERUNGSMITGLIED BIST, WER IST DER VERSICHERTE?

2

_____	_____
Name / Vorname	Geburtsdatum
_____	_____
Str. / Hausnr.	PLZ / Ort

Tel. privat	

WER IST DEIN HAUSARZT?

3

_____	_____
Name	Ort

Tel. Nr.	

FÜR UNSERE NEUPATIENTEN - IN EIGENER SACHE

4

Wann war die letzte Röntgenaufnahme Deiner Zähne? _____

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass an meinem Kind die ärztlichen Röntgenanforderungen durchgeführt werden dürfen.
Bei weiblicher Patientin im gebärfähigen Alter: ich bestätige, dass bei meiner Tochter keine Schwangerschaft vorliegt.

_____	X _____
Datum	Unterschrift des Erziehungsberechtigten
_____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei... _____
Beindest Du dich in kieferorthopädischer Behandlung?	

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG BEI DER BEHANDLUNG MINDERJÄHRIGER

5

Hat die Patientin/der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung der/des Erziehungsberechtigten notwendig:

_____	_____
Name / Vorname (Erziehungsberechtigte/r)	Geburtsdatum
_____	_____
Str. / Hausnr.	PLZ / Ort
_____	_____
Datum	X _____
	Unterschrift

Besteht oder bestand bei Dir eine der folgenden Erkrankungen:

- Anfallsleiden (Epilepsie) Atemwegserkrankungen (chronische Bronchitis, Asthma)? Blutgerinnungsstörung
 Diabetes (Zuckerkrankheit) Glaukom (erhöhter Augeninnendruck)

Eine Herz-Kreislauf-Erkrankung bzw.

- Bluthochdruck Endokarditis (Herzklappenentzündung) Herzinfarkt
 Herzschrittmacher Herzklappenfehler/Klappenersatz Apoplex (Schlaganfall)

Infektiöse Erkrankung wie z.B.

- Hepatitis (Gelbsucht) – A Hepatitis (Gelbsucht) – B Hepatitis (Gelbsucht) – C
 HIV-Infektion (AIDS) Tuberkulose

- Lebererkrankungen Nierenerkrankungen Ohnmachtsneigung
 Schilddrüsenerkrankungen Rheuma Osteoporose

Maligne Erkrankungen wie Tumoren? Nein Ja

Wenn ja, welcher Art

Sonstige Erkrankungen

Bestehen bei Dir Allergien?

MEDIKAMENTE

- Herzmedikamente Schmerzmittel Antidepressiva Bisphosphonate
 Blutverdünnende Medikamente ASS Marcumar Kortison

Andere Medikamente

Sind bei Dir jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente (Jod, Penicillin) oder Spritzen aufgetreten?

- Nein Ja, gegen...

Rauchst Du? Nein Ja, bis zu 10 Zigaretten am Tag Ja, mehr als 10 Zigaretten am Tag

Trinkst Du regelmäßig Alkohol? Nein Ja

Nimmst Du gelegentlich Drogen oder Aufputschmittel? Nein

Ja...

Für unsere Patientinnen, besteht eine Schwangerschaft? Nein

Ja, in welcher Woche?

FÜR DIE ELTERN

- Dürfen wir im Zuge der individuellen Prophylaxemaßnahmen dem jeweiligen Alter angepasste Fluoridhaltige Zahnpflegeprodukte applizieren? Nein Ja
- Sind Sie damit einverstanden, wenn bei Behandlungen (z. B. zur Bissdokumentation) Fotos der Zähne Ihrer Kinder mithilfe einer intraoralen Kamera gemacht werden (reine Dokumentation, keinerlei Veröffentlichung)? Nein Ja
- Wenn bei Ihrem Kind Karies entfernt oder ein Zahn gezogen wird, benötigen wir in aller Regel eine lokale Betäubung. Dafür benötigen wir die Einwilligung eines Erziehungsberechtigten. Hiermit willige ich zur lokalen Betäubung, wenn medizinisch notwendig, ein. Nein Ja