****

**Gemeinschaftspraxis** Prinzipalmarkt 13/14

48143 Münster

**Dr. Peter Durynek** Zahnarzt Tel. : 0251 – 4 00 44

**Dr. Simone Stake** Zahnärztin Oralchirurgie Fax.: 0251 – 4 00 46

**Anamnesebogen**

**Liebe Patientin, lieber Patient!**

Bevor wir uns in Ruhe über zahnmedizinische Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht unserer Praxis.

**Persönliches**

Name ggf. Geburtsname / Vorname

Geburtsdatum / -ort Straße / Nr.

PLZ / Ort Tel. privat Tel. mobil

Tel. geschäftlich E-Mail Beruf

Krankenkasse

Gesetzlich versichert 🔾 ja 🔾 nein Privat versichert 🔾 ja 🔾 nein

Basistarif 🔾 ja 🔾 nein Zusatzversicherung 🔾 ja 🔾 nein

Beihilfeberechtigt 🔾 ja 🔾 nein

**Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?**

Name, Vorname Geburtsdatum

Straße / Nr. PLZ / Ort

**Wer ist Ihr Hausarzt?**

Name PLZ / Ort Tel.

**Hinweise zur Organisation**

Wir organisieren Behandlungstermine so, dass möglichst nur kurze Wartezeiten entstehen und vergeben Termine jeweils nur einmal. Bitte haben Sie Verständnis dafür, wenn wir für nicht eingehaltene Termine ohne rechtzeitige Absage ( 24 Stunden

vorher ), die Kosten für den Ausfall in Rechnung stellen könnten.

**In eigener Sache**

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

🔾 Bekannten empfohlen 🔾 Telefon- / Branchenbuch

🔾 Internet, über die Seite 🔾 Überweisung von

🔾 Sonstiges

Falls wir empfohlen wurden, haben Sie sich im Vorfeld unseren Internetauftritt angeschaut? 🔾 ja 🔾 nein

Möchten Sie von uns per Post, E-Mail, SMS oder Telefon an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnert werden? 🔾 ja 🔾 nein

- bitte wenden - [www.durynek-stake.de](http://www.durynek-stake.de)

****

**Gemeinschaftspraxis** Prinzipalmarkt 13/14

48143 Münster

**Dr. Peter Durynek** Zahnarzt Tel. : 0251 – 4 00 44

**Dr. Simone Stake** Zahnärztin Oralchirurgie Fax.: 0251 – 4 00 46

**Anamnesebogen**

**Warum suchen Sie uns auf? Wünschen Sie eine/n … Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie …**

🔾 Routinekontrolle 🔾 neuen Zahnersatz 🔾 eine Herzklappenentzündung 🔾 Angina Pectoris

🔾 Beratung 🔾 „zweite Meinung“ 🔾 einen Herzschrittmacher 🔾 einen Herzinfarkt

🔾 Schmerzbehandlung 🔾 andere Gründe:

**Medikamente – nehmen Sie ….**

**Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der / des …** 🔾 blutverdünnende Medikamente z.B. Marcumar, ASS?

🔾 Herzmedikamente 🔾 Cortison ( Kortikoide )

Herzens oder Kreislaufs 🔾 ja 🔾 nein 🔾 Schmerzmittel 🔾 Antidepressiva

Leber 🔾 ja 🔾 nein 🔾 Bisphosphonate 🔾 andere Medikamente:

Nieren 🔾 ja 🔾 nein

Schilddrüse 🔾 ja 🔾 nein

Magen-Darm-Traktes 🔾 ja 🔾 nein

Gelenke ( Rheuma ) 🔾 ja 🔾 nein

Wirbelsäule 🔾 ja 🔾 nein

**Haben oder hatten Sie …** Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen

Medikamente oder Spritzen aufgetreten? 🔾 ja 🔾 nein

hohen / niedrigen Blutdruck 🔾 ja 🔾 nein Wenn ja, gegen welche?

Osteoporose 🔾 ja 🔾 nein

Diabetes 🔾 ja 🔾 nein

Zahnfleischbluten 🔾 ja 🔾 nein

Ohrensausen / Tinnitus 🔾 ja 🔾 nein

Epilepsie 🔾 ja 🔾 nein **Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss**

Tuberkulose 🔾 ja 🔾 nein **von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung**

Asthma 🔾 ja 🔾 nein **für mehrere Stunden beeinträchtigt sein kann.**

HIV ( Aids ) 🔾 ja 🔾 nein

Hepatitis 🔾 ja 🔾 nein **Für unsere Patienten**

Wenn ja, welcher Typ? 🔾 A 🔾 B 🔾 C

Allergien 🔾 ja 🔾 neinSind Sie schwanger? 🔾 ja 🔾 nein

Wenn ja, wogegen? Wenn ja, in welcher Woche?

MRSA ( Krankenhauskeime) 🔾 ja 🔾 nein

Gelenkprothesen? 🔾 ja 🔾 nein **zum Schluss**

Wenn ja, wann?

Sonstige Infektionen / Erkrankungen: Knirschen Sie mit den Zähnen? 🔾 ja 🔾 nein

Fühlen Sie sich psychisch stark belastet? 🔾 ja 🔾 nein

Rauchen Sie? 🔾 ja 🔾 nein

Schnarchen Sie? 🔾 ja 🔾 nein

Leiden Sie an Schlafapnoe

( Atemaussetzern ) 🔾 ja 🔾 nein

**Fragen / Anmerkungen:**

**Einverständniserklärung**

Ich bin mit der Einholung von Informationen über bisherige zahnmedizinische Behandlungen beim vorherigen Zahnarzt /

Arzt sowie mit der Weitergabe von Informationen ( bei Zahnarztwechsel ) an den zukünftigen Zahnarzt einverstanden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten in der Praxis ausdrücklich zu.

Datum Unterschrift

[www.durynek-stake.de](http://www.durynek-stake.de)