



HAUKE HELLRIEGEL
BIOLOGISCHE ZAHNMEDIZIN

ANAMNESEBOGEN

Liebe Patienten,

die biologische Zahnheilkunde beschäftigt sich mit der Gesundheit des Mundes im Kontext zu dem allgemeinen Gesundheitsstatus. Allgemeinmedizinische Erkrankungen können Einfluß auf die zahnärztliche Behandlung haben, aber auch viele allgemeinmedizinische Erkrankungen können im direkten oder indirekten Zusammenhang mit den Zähnen stehen. Hierbei verlaufen chronische Prozesse meist schmerzfrei und unbemerkt.

Um bestmöglich auf Ihre Wünsche und Bedürfnisse eingehen zu können bitten wir Sie diesen Fragebogen gewissenhaft und **vollständig** auszufüllen. Alle Angaben unterliegen hierbei selbstverständlich der ärztliche Schweigepflicht. Für einen reibungslosen Ablauf übermitteln Sie bitte diesen Fragebogen, sowie vorhandene Röntgenbilder (Denta-CT, DVT, Panorama) und die aktuellsten allgemeinmedizinischen Blutuntersuchungen an uns.

1 // PERSÖNLICHES

.....
Name, Vorname Geburtsdatum

.....
Straße, Nr. PLZ Ort

.....
Telefon Festnetz Telefon Mobil Telefon Arbeit

.....
E-Mail Beruf

2 // VERSICHERUNG

.....
Krankenkasse

Pflichtversichert Privatversichert Beihilfeberechtigt

Basis-/Standardtarif (begr. Erstattung) Zahnzusatzversicherung Kostenerstattung

Wenn Patient und Versicherter nicht identisch sind, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers

.....
Name, Vorname Geburtsdatum

.....
Straße, Nr. PLZ Ort

3 // HAUSARZT

.....
Name, Vorname

.....
Telefon PLZ Ort



5 // ALLGEMEINE SITUATION

1. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ja nein Welche?
2. Nehmen Sie regelmäßig Nahrungsergänzungsmittel? ja nein Welche?
3. Herzerkrankungen/-rhythmusstörungen ja nein
4. Hatten Sie einen Herzinfarkt? ja nein Wann?
5. Herzschrittmacher/-klappenersatz ja nein
6. Blutdruck (hoch o. niedrig) ja nein Liegt bei
7. Bestehen Blutgerinnungsstörungen? ja nein Welche?
8. Hatten Sie einen Schlaganfall? ja nein Wann?
9. Besteht/bestand eine Tumorerkrankung? ja nein Welche?
10. Leiden Sie unter einer Leber-, Gallenerkrankung? ja nein Welche?
11. Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung? ja nein Welche?
12. Leiden Sie unter Nieren-, Blasenkrankung? ja nein Welche?
13. Magen-, Darmerkrankungen? ja nein Welche?
14. Lungenerkrankungen? ja nein Welche?
15. Asthma? ja nein
16. Nebenhöhlenerkrankungen (Naseneneben-, Stirn-, Kieferhöhlen)? ja nein Welche?
17. Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, TBC) ja nein Welche?
18. Diabetes (Typ 1 oder 2) ja nein Welche?
19. Osteoporose ja nein Welche?
20. Leiden Sie unter einer Rheumaerkrankung? ja nein Welche?
21. Haben Sie Gelenk- oder Wirbelsäulenbeschwerden?
z.B. Schulter-Arm-Syndrom, Bandscheibe, Hüfte, usw. ja nein Wo?
22. Haben Sie künstliche Gelenke, orthopädische Prothesen, oder wurde Ihnen, z.B. als Folge eines Unfalls Metall in den Körper eingebracht? ja nein Wo?
23. Epilepsie ja nein
24. Depressionen ja nein
25. Haben Sie Allergien/allergische Reaktionen? ja nein Wogegen? Allergiepass?
26. Haben Sie Nahrungsmittelunverträglichkeiten? ja nein Welche?
27. Unverträglichkeiten gegen Medikamente? ja nein Welche?

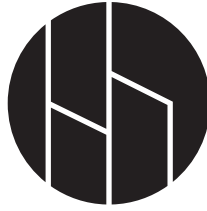


5 // ALLGEMEINE SITUATION

28. Sind Sie schwanger? ja nein Woche?
29. Beschreiben Sie Ihren Energiestatus. Fühlen Sie sich gesund und fit, oder eher müde und angestrengt?
30. Wurden Operationen durchgeführt? ja nein Welche?
31. Hatte Sie einen Unfall? ja nein Welcher? Wann?
32. Sonstige Angaben, sonstige Krankheiten, Bemerkungen

6 // ZAHNMEDIZINISCHE FRAGEN

1. Anliegen: Welches Anliegen führ Sie heute zu uns?
2. Akute Beschwerden: Haben Sie akute Schmerzen, Beschwerden im Zahn- und Mundbereich? ja nein Welche?
3. Zahnärztliche Anamnese: Haben Sie in den letzten 3 Jahren zahnärztliche Behandlungen stattgefunden? ja nein Welche?
4. Wurde schon mal eine professionelle Zahnreinigung durchgeführt (ca. 60 Minuten)? ja nein Wie regelmäßig?
5. Kiefergelenk: Leiden Sie unter Beschwerden und Schmerzen im Kiefergelenksbereich (Knacken, Knirschen)? ja nein Welche?
6. Leiden Sie unter chronischen Kopf- oder Nackenschmerzen oder Migräne? ja nein Wie oft? Welcher Bereich des Kopfes?
7. Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen? ja nein
8. Sollen zahnmedizinische Materialien auf mögliche Allergien getestet werden? ja nein Welche?
9. Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden? ja nein Warum?



7 // ERNÄHRUNGSFRAGEN

1. Nehmen Sie Zucker und zuckerhaltige Getränke zu sich? ja nein Welche? Wie oft? Wie viel?

2. Nehmen Sie Milchprodukte zu sich? ja nein Welche? Wie oft? Wie viel?

3. Essen Sie Brot oder andere Getreideprodukte? ja nein Welche? Wie oft? Wie viel?

4. Essen Sie Fleisch oder Wurst? ja nein Was? Wie oft? Wie viel?

5. Essen Sie Fisch? ja nein Welche? Wie oft? Wie viel?

8 // LIFESTYLEFRAGEN

1. Rauchen Sie? ja nein Wie viel?

2. Trinken Sie Alkohol? ja nein Was? Wie oft? Wie viel?

3. Wie viele Stunden täglich verbringen Sie mit digitalen Medien (TV, Computer, Smartphone, Tablet) im Durchschnitt?

4. Nutzen Sie zu Hause oder an Ihrer Arbeitsstätte DECT-Telefone (schnurlos)? ja nein

5. Telefonieren Sie mit dem Smartphone am Ohr? ja nein Wie viele Minuten täglich?

6. Wie weit ist der nächste Mobilfunkmast von Ihrem Schlafzimmer entfernt und seit wann?

7. Haben Sie W-Lan zu Hause und schalten Sie es nachts ab? ja nein

8. Haben Sie W-Lan Empfang von umliegenden Gebäuden oder Wohnungen? ja nein

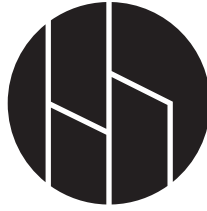
9. Haben Sie einen Netzfreischalter in Ihrer Wohnung? ja nein

10. Treiben Sie Sport? ja nein Welchen? Wie oft? Wie viel?

11. Wie viele Stunden schlafen Sie im Schnitt pro Nacht?

12. Wie viel % der Wachzeit würden Sie sich als gestresst bezeichnen?

13. Haben Sie Piercings oder Tattoo? ja nein



9 // SONSTIGES

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung Zeitung Internet Sonstiges:

Bitte senden Sie die vollständig ausgefüllten Unterlagen an unsere Praxis zurück.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der umseitigen und obigen Angaben und erkläre mich einverstanden, dass die Daten zum Zwecke der Abrechnung an Dritte weitergegeben werden. Ich entbinde den Zahnarzt hierfür von seiner Schweigepflicht.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter

Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass nicht eingehaltene Termine, die nicht spätestens 48 Stunden vorher abgesagt wurden, mit einem Stundensatz (nach §615 BGB) von 200 € in Rechnung gestellt werden müssen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann. Dies kann sowohl durch die Behandlung selbst, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten hervorgerufen werden.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter

HELLRIEGEL ZAHNMEDIZIN

Heckstraße 31, 45239 Essen

Tel +49 (0)201 493126

Fax +49 (0)201 4901242

Mail: info@hellriegel-zahnmedizin.de