



Anamnese-Fragebogen

Herzlich Willkommen in unserem Institut für Implantologie, Parodontologie und ästhetische Zahnmedizin!

Um Sie als unseren Patienten gut betreuen zu können, bitten wir Sie, diesen Fragebogen gewissenhaft auszufüllen. Vielen Dank!

Alle Angaben werden von uns vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht!

Wodurch kommen Sie in unser Institut?

Direkte Überweisung von meinem Zahnarzt: _____

Empfehlung von: _____ Sonstiges: _____

Ihr Hausarzt: _____ Internist: _____

Patient

Familienname: _____ Vorname: _____ Titel: _____

Straße: _____ PLZ-Ort: _____ Tel. Privat: _____

Krankenkasse: _____ Vers.Nr.: _____ Geb.Dat.: _____

Arbeitgeber: _____ Beruf: _____ Tel. Firma: _____

Adresse Firma: _____

Tel. Mobil: _____ E-Mail: _____

Versicherter (Nur ausfüllen, wenn Patient ein Angehöriger ist)

Familienname: _____ Vorname: _____ Titel: _____

Straße: _____ PLZ-Ort: _____ Tel. Privat: _____

Krankenkasse: _____ Vers.Nr.: _____ Geb. Dat.: _____

Arbeitgeber: _____ Beruf: _____ Tel. Firma: _____

Adresse Firma: _____

Tel. Mobil: _____ E-Mail: _____

Bitte nennen Sie uns den Grund Ihres Besuches in unserem Institut

Implantatberatung Parodontalberatung Prophylaxe

Notfallbehandlung Kontrolle Sanierung

Allgemeine medizinische Anamnese

Waren Sie während der letzten 5 Jahre in ärztlicher Behandlung? (Spitalsaufenthalte?) Nein Ja

Wenn Ja, Grund: _____

Nahmen Sie während der letzten 5 Wochen regelmäßig Medikamente? Nein Ja

Wenn Ja, welche: _____

Bitte kreuzen Sie jene Punkte an, auf die Sie ungewöhnlich reagieren

Penicillin Erythromycin (Antibiotika) Codein Aspirin

Ibuprofen Paracetamol Tetracyclin (Antibiotika) Metalle (Gold)

Latex Lokalanästhetika (Spritzen) Medikamente: _____

Bitte wenden ⇒

Bitte kreuzen Sie jene Krankheiten/Punkte an, die auf Sie zutreffen

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kurzzeitige Ohnmacht | <input type="checkbox"/> HIV-Infektion (AIDS) | <input type="checkbox"/> Heuschnupfen |
| <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung | <input type="checkbox"/> Allergien: Welche?
_____ |
| <input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> Autoimmunerkrankungen | <input type="checkbox"/> Rheumatisches Fieber,
akutes Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Blutarmut | <input type="checkbox"/> Herzerkrankung (Herzfehler,
Endokarditis) | <input type="checkbox"/> Rheumatische Erkrankung |
| <input type="checkbox"/> Magen- oder Darmerkrankung | <input type="checkbox"/> Haben Sie einen Herzschrittmacher? | <input type="checkbox"/> Gelenkerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Reflux (Sodbrennen, saures Aufstoßen) | <input type="checkbox"/> Haben Sie einen Defibrillator? | <input type="checkbox"/> Hüftprothese |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung (Gelbsucht) | <input type="checkbox"/> Haben Sie einen Stent? | <input type="checkbox"/> Strahlen- oder
Chemotherapie |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Haben Sie einen Herzklappenersatz? | <input type="checkbox"/> Bei Frauen: Besteht eine
Schwangerschaft? |
| <input type="checkbox"/> Glaukom (erhöhter Augeninnendruck) | <input type="checkbox"/> Apoplex (Schlaganfall) | <input type="checkbox"/> RaucherIn |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfunktion | <input type="checkbox"/> Nervenerkrankung (Multiple Sklerose) | |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose: <input type="checkbox"/> Tabletten <input type="checkbox"/> Spritzen | <input type="checkbox"/> Epilepsie (Anfallsleiden) | |
| <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Typ 1 <input type="checkbox"/> Typ 2 | <input type="checkbox"/> Asthma | |
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose (Tbc) | <input type="checkbox"/> Atemwegserkrankung | |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C | | |

Körpergröße (cm) _____ Gewicht (kg) _____
Halsumfang (cm) _____ Alter _____

Haben Sie im letzten Jahr mehr als 5 kg Gewicht
 zugenommen abgenommen nicht verändert

Schnarchen Sie?
 ja nein ich weiß nicht

Die Lautstärke Ihres Schnarchens ist
 nur wenig lauter als normale Atemgeräusche
 fast so laut wie normale Sprache
 lauter als normale Sprache
 extrem laut, ist durch geschlossene Tür hörbar

Hat Ihr Schnarchen eine andere Person gestört?
 ja nein

Wie häufig tritt Ihr Schnarchen auf?
 fast jeden Tag
 3-4 mal pro Woche
 1-2 mal pro Woche
 1-2 mal pro Monat
 nie oder fast nie

Wurden Atemstillstände während des Schlafens
bemerkt?
 fast jeden Tag
 3-4 mal pro Woche
 1-2 mal pro Woche
 1-2 mal pro Monat
 nie oder fast nie

Wie oft fühlen Sie sich morgens nach dem Aufstehen
schon wie gerädert?
 fast jeden Tag
 3-4 mal pro Woche
 1-2 mal pro Woche
 1-2 mal pro Monat
 nie oder fast nie

Fühlen Sie sich müde, schlapp, angespannt oder
nicht voll leistungsfähig?
 fast jeden Tag
 3-4 mal pro Woche
 1-2 mal pro Woche
 1-2 mal pro Monat
 nie oder fast nie

Haben Sie einen hohen Blutdruck oder sind Sie
deswegen in Behandlung?
 ja nein ich weiß nicht

Zahnärztliche Anamnese

Haben Sie Schmerzen an den Zähnen? Nein Ja

Wenn Ja, wo? _____

Blutet das Zahnfleisch beim Zähneputzen? Nein Ein wenig Ja

Sind die Zähne empfindlich auf kalt heiß beim Kauen?

	Nein	Ja
Hatten Sie Operationen im Kiefer-, Gesichtsbereich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie manchmal Beschwerden in den Kiefer- und Nasennebenhöhlen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Ihre Kaufähigkeit beeinträchtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie manchmal Schmerzen/Spannungsgefühl im Kiefergelenk/Gesichtsbereich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter chronischen Kopf-, Hals- oder Schulterschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Sie im vergangenen Jahr in zahnärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empfinden Sie das Aussehen Ihrer Zähne als Problem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sind Sie ängstlich während der Zahnbehandlung? Nein Ein wenig Ja, sehr

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der oben angeführten Gesundheitsfragen. Mir ist bewusst, dass ich Privatpatient bin und die Kosten nur teilweise oder nicht durch die Krankenkasse ersetzt bekomme.

Wir weisen darauf hin, dass etwaige Anliegen deutscher Versicherungen aufgrund des administrativen Mehraufwands nicht berücksichtigt werden können.

Bitte geben Sie uns Terminänderungen mindestens 24 Stunden vorher, Operationsterminänderungen 7 Tage vorher bekannt. Bei nicht rechtzeitiger Absage bitten wir um Verständnis, dass wir Ihnen lt. den autonomen Honorarrichtlinien 2012 € 150,- pro Stunde und für Prophylaxetermine € 50,- pro Stunde verrechnen müssen.

Ich erkläre mein Einverständnis, dass die im Zuge der Behandlung gewonnenen Daten und Dokumentationen für wissenschaftliche Studien, fortbildungsmäßige und Marketing-Zwecke wie Newsletter, Fallbeispiele und Vorträge (anonymisiert) verwendet werden dürfen.

Den Newsletter des Zahnmedizinischen Instituts Dr. Huemer GmbH möchte ich erhalten nicht erhalten.

Ausführliche Datenschutzinformationen

Unsere ausführlichen Datenschutzinformationen gemäß Artikel 12, 13 und 14 der EU-Datenschutzgrundverordnung finden Sie unter www.institut-huemer.at/index.php/de/datenschutz.

Für allfällige Streitigkeiten aus dem Behandlungsvertrag (z. B. Honorarklagen) wird die Zuständigkeit des für 6922 Wolfurt zuständigen Gerichts vereinbart.

Datum

Unterschrift