

Zahnarztpraxis Koblenz-Rübenach

Ibrahim Elogeli

Aachener Str. 129 A | 56072 Koblenz

Anamnesebogen

Patient

Name: _____ Vorname: _____

Straße + Nr.: _____

PLZ + Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Tel.: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Hausarzt: _____

Versicherter

Name: _____ Vorname: _____

Straße + Nr.: _____

PLZ + Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Tel.: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Krankenkasse/ private Krankenversicherung _____

gesetzlich versichert ja nein Zusatzversicherung ja nein

Privat versichert ja nein Beihilfe berechtigt ja nein

Basistarif ja nein _____

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau! Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Herz-/Kreislaufkrankungen

Blutdruck: _____ Hoch _____ Normal _____ Niedrig

Herzklappenfehler: _____ ja nein

Herzklappenersatz: _____ ja nein

Herzschrittmacher: _____ ja nein

Endokarditis: _____ ja nein

Herzoperation: _____ ja nein

Immunsupprimierte Patienten

Hochgradige Neutropenie: ja nein

Mukoviszidose-Erkrankung: ja nein

Organtransplantation: ja nein

Stammzellentransplantation: ja nein

Infektiöse Erkrankungen

HIV-Infektion/Stadium AIDS: ja nein

Lebererkrankungen/Hepatitis: ja nein

Tuberkulose: ja nein

MRSA: ja nein

Creutzfeld-Jakob-Krankheit (CJK)/

Neue Variante der Creutzfeld-Jakob- Variante (vCJK) : ja nein

Sonstige Krankheitsbilder

Anfallsleiden (Epilepsie): ja nein

Asthma/Lungenerkrankung: ja nein

Blutgerinnungsstörungen: ja nein

Diabetes/Zuckerkrankheit: ja nein

Drogenabhängigkeit: ja nein

Nervenerkrankung: ja nein

Nierenerkrankung: ja nein

Ohnmachtsanfälle: ja nein

Raucher: ja nein

Rheuma/Arthritis: ja nein

Schilddrüsenerkrankung: ja nein

Sonstige Erkrankung: _____

Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

Lokalanästhesie/Spritzen: ja nein

Antibiotika: ja nein

Schmerzmittel: ja nein

Metalle/welche: ja nein

Schwangerschaft

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Wenn ja, in welchem Monat? Monat: _____

Röntgen

Wurden bei Ihnen zahnärztliche Röntgenaufnahmen angefertigt? ja nein

Wenn ja, in welchem Monat? Monat/Jahr: _____

Einnahme von Medikamenten

Welche Medikamente: _____ seit: _____

Weiter Medikamente: _____ seit: _____

Nehmen Sie Bisphosphate? seit: _____ ja nein

Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie? seit: _____ ja nein

Stehen Sie in Strahlentherapie? seit: _____ ja nein

Nehmen Sie hoch dosierte Steroide/

Immunsuppressiva? seit: _____ ja nein

Wurde bei Ihnen eine größere OP im Krankenhaus durchgeführt?

Datum: _____ ja nein

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten zur Aufnahme in das Recall-System einverstanden.

JA NEIN

Wenn ja, Brief oder E-Mail - ¼ Jährlich - ½ Jährlich - Jährlich

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Termine einzuhalten, bzw. mindestens 24 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Aufklärung über die Lokalanästhesie

Die zahnärztliche Lokalanästhesie, auch örtliche Betäubung genannt, dient der lokalen Ausschaltung der Schmerzempfindung im Zahn Mund Kiefer- und Gesichtsbereich. Durch sie können die notwendigen Behandlungen in der Regel schmerzfrei durchgeführt werden. Obwohl die Lokalanästhesie ein sicheres Verfahren der Schmerzausschaltung ist, sind sehr seltene Komplikationen nicht ausgeschlossen wie z. B. ein kleines Hämatom, eine vorübergehende Nervbeeinträchtigung oder eine in Verbindung mit Stress und Angst herabgesetzte Verkehrsbeeinträchtigung.

Koblenz, den _____ Unterschrift: _____