



**Ganzheitliche Zahnmedizin
Jürgen Melzener**

Anamnese Fragebogen





Der Anamnese Fragebogen

Sehr geehrte Patienten, sehr viele allgemeingesundheitliche Störungen und Erkrankungen stehen im Zusammenhang mit den Zähnen – mit Ihren Angaben helfen Sie uns, diese im Zusammenhang mit der Röntgen-Panorama-Aufnahme zu erkennen und Ihnen möglicherweise auch außerhalb des Zahn- und Mundbereiches helfen zu können.

Um für Sie eine reibungslose und effektive Erstuntersuchung zu gewährleisten, ist es für uns wichtig, im Voraus über Ihre Beschwerden, Ihren Mund- und Gesundheitszustand und Ihre Wünsche informiert zu sein.

Persönliche Daten

.....
Name, Vorname

.....
Geburtsdatum

.....
Straße & Hausnummer

.....
PLZ & Ort

.....
Telefonnummer

.....
E-Mail Adresse

Versichert über (falls abweichend - z.B. Familienversicherung)

.....
Name, Vorname

.....
Geburtsdatum

.....
Straße & Hausnummer

.....
PLZ & Ort

.....
Telefonnummer

.....
E-Mail Adresse



Versicherung

Für privat Versicherte

Krankenkasse

Sind Sie Basistarif-versichert?

Ja

Nein

Arbeitgeber

Haben Sie eine
Zahnzusatzversicherung?

Ja

Nein

Haben/Hatten Sie eine der folgenden Krankheiten?

Asthma, Bronchitis

Ja

Nein

Blutgerinnungsstörung

Ja

Nein

Osteoporose

Ja

Nein

Entzündung der Nasennebenhöhlen.....

Ja

Nein

Schlaganfall.....

Ja

Nein

Herzinfarkt

Ja

Nein

HIV-Infektion

Ja

Nein

Hepatitis A/B/C (Gelbsucht)

Ja

Nein

Störung von Magen/Darm

Ja

Nein

Zuckerkrankheit

Ja

Nein

Nehmen Sie Blutverdünner ein?
(z.B. Marcumar oder Xarelto)

Ja

Nein

Wenn Ja, welche?
.....

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

Ja

Nein

Wenn Ja, welche?
.....

Allergische Reaktionen/Unverträglichkeiten
von Medikamenten bzw. Materialien?

Ja

Nein

Wenn Ja, welche?
.....

Haben/Hatten Sie eine der folgenden Krankheiten?

Rauchen Sie? Ja Nein

Wenn Ja, wie viele Zigaretten pro Tag?
.....

Leiden Sie unter Kiefergelenkschmerzen?
Wenn Ja, bitte Beiblatt „Klinscher Funktionsstatus“
ausfüllen. Ja Nein

Wer ist Ihr behandelnder Hausarzt?
.....

Sonstige Angaben, andere Krankheiten:
.....
.....

Für Frauen

Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Internet
- Empfehlung durch:
Name und Adresse
- Zeitschriften/Magazine
-
-



Anliegen

Bitte schildern Sie uns kurz Ihr Anliegen, z.B. Schmerzen, Implantate, Amalgam-Sanierung, Kontrolle, usw.:

.....
.....
.....

Akute Beschwerden

Sind akut Schmerzen im Zahn-/Mundbereich vorhanden?
Wenn ja, seit wann?

.....
.....
.....

Zahärztliche Anamnese

Welche Behandlungen wurden in den letzten 3 Jahren im Zahn-/Mundbereich durchgeführt?

.....
.....
.....

Gefahren durch Amalgam und Metalle im Mund:

Wünschen Sie Informationen zu Risiken von Amalgam und Metallen im Mund?

Ja Nein

Bitte senden Sie diesen Plan vor Ihrem 1. Termin an unsere Praxis zurück:

Informationen und Einwilligung:

Bitte informieren Sie uns rechtzeitig (spätestens 24 Std. vorher), wenn Sie einen Termin nicht einhalten können.
Mit meiner Unterschrift bestätige ich die

Vollständigkeit und Richtigkeit der umseitigen und obigen Angaben und erkläre mich einverstanden, dass meine Daten von der Zahnarztpraxis Jürgen Melzener eingesehen werden dürfen.

.....
Ort, Datum

.....
Vorname, Nachname

.....
Unterschrift





Anamnese ganzheitliche Zahnmedizin, Störfeldanalyse

Sehr viele allgemeingesundheitlichen Störungen und Erkrankungen stehen im Zusammenhang mit den Zähnen – mit Ihren Angaben helfen Sie uns, diese im

Zusammenhang mit der Röntgen-Panoramaaufnahme zu erkennen und Ihnen möglicherweise auch außerhalb des Zahn-/Mundbereichs helfen zu können.

Allgemeinanamnese:

Besteht bei Ihnen eine chronische Allgemeinkrankheit? – z. B. Krebs, MS, Kolitis, Rheuma, Arthritis, usw. Wenn Ja, seit wann?

..... Ja Nein

.....

Gelenkbeschwerden:

Leiden Sie unter Schulter-Armsyndrom, Tennisellbogen, Schmerzen an Knie, Fußgelenk, Hüfte, Bandscheiben, usw.? – Wenn Ja, seit wann? Bitte genau beschreiben

..... Ja Nein

.....

Nebenhöhlen:

Leiden Sie unter chronischen Entzündungen der Nasenneben-, Stirn- oder Kieferhöhlen? – Wenn Ja, seit wann?

..... Ja Nein

.....

Stoffwechselorgane:

Leiden Sie an Erkrankungen oder Störungen der Schilddrüse, Leber, Galle, Bauchspeicheldrüse?

..... Ja Nein

.....



Magen und Darm:

..... Ja Nein

Erkrankungen, Beschwerden oder Störungen von Magen und Darm?
— Bitte genau beschreiben

.....

Für Frauen:

..... Ja Nein

Liegen Erkrankungen im Bereich der weiblichen Brust vor? Zysten, Schwellungen, Tumore?

.....

Unterleib:

..... Ja Nein

Störungen/Erkrankungen im Bereich Blase, Niere oder Unterleibsbereich?
— Frauen: Myom
— Männer: Prostata

.....

Lunge, Bronchien:

..... Ja Nein

Asthmatische Beschwerden, chronische Bronchitis, rezidivierende Lungenentzündung, usw.?

.....

Herz-, Kreislaufsystem:

..... Ja Nein

Abnormer Blutdruck, Herzinsuffizienz, Arrhythmien?

.....

Energiestatus:

..... Ja Nein

Wie würden Sie Ihren Energiestatus bezeichnen?
— Gesund und leistungsfähig oder eher chronisch müde

.....

Medikamente

..... Ja Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel ein?
— Wenn Ja, welche?

.....





Schweigepflicht/ Datenschutz/Werbung

Hiermit entbinde ich

.....
Name, Vorname

.....
Geburtsdatum

.....
Anschrift

.....
Telefonnummer

Zahnarztpraxis Jürgen Melzener, Villiper Hauptstraße 35a, 53343 Wachtberg, DE

von der zahnärztlichen Schweigepflicht gegenüber anderen Ärzten und Leistungserbringern, bei denen ich in Behandlung bin.

Zudem willige ich ein, dass die Zahnarztpraxis Jürgen Melzener zum Zwecke meiner Weiterbehandlung die Befunde an weitere Ärzte weiterleiten darf. Um eine reibungslose ärztliche/therapeutische Versorgung sicherzustellen, bin ich damit einverstanden, dass meine Untersuchungs-/Behandlungsunterlagen von allen bei der Zahnarztpraxis Jürgen Melzener tätigen Ärzten/Therapeuten genutzt werden.

Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Arzt die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde bei Ärzten und anderen Leistungserbringern, bei denen ich in Behandlung bin, einholt. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen weiterzuleiten. Mein behandelnder Arzt darf diese Informationen nur zum Zwecke der von ihm zu erbringenden Leistungen verwenden.

Ich bin damit einverstanden, dass ich von Zahnarztpraxis Jürgen Melzener an meine anstehenden Termine erinnert werde und möchte den Recall- bzw. SMS-Service nutzen.

Ich bin damit einverstanden, dass ich von Zahnarztpraxis Jürgen Melzener (ggf. unter Einschaltung eines beauftragten Dienstleisters) per E-Mail (Newsletter) oder Anruf bezüglich Produktneuheiten, Gesundheitsratschlägen Veranstaltungen und Befragungen kontaktiert werde.

Ausführliche Patienteninformation zum Datenschutz (DSGVO) und unsere Datenschutzerklärung finden Sie als Aushang in unseren Praxisräumen oder auf unserer Webseite. Auf Wunsch können wir Ihnen gerne auch einen Ausdruck aushändigen. Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie auch in die Datenverarbeitung gemäß DSGVO und BDSG ein. **Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung in schriftlicher Form jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.**

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Patient

