ENDOLOGIKUM®

DR. WENK BÖSEMEYER

ANMELDEBOGEN MIT ANAMNESE

PATIENTENDATEN

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße/Nr.

PLZ/Ort

Telefon privat

Telefon mobil

E-Mail-Adresse

Telefon Arbeit

Krankenkasse/Privatkrankenkasse

Beruf/Arbeitgeber

☐ pflichtversichert ☐ freiwillig versichert ☐ beihilfeberechtigt ☐ Standardtarif ☐ Basistarif

MITGLIED / VERSICHERTER

Name

Vorname

Geburtsdatum

Adresse

Rechnungsempfänger

Wer hat Sie empfohlen/überwiesen?

Wer ist Ihr/e Hauszahnarzt/-ärztin?

ALLGEMEINE MEDIZINISCHE BEFUNDERHEBUNG

Besteht, bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

JA NEIN

☐ ☐ Allergien

Wenn ja, welche? _____

☐ ☐ Allergiepass?

☐ ☐ Atemwegserkrankungen?

Wenn ja, welche? _____

☐ ☐ Anfallsleiden (Epilepsie)

☐ ☐ Schilddrüsenerkrankung

☐ Überfunktion ☐ Unterfunktion ☐ Andere

☐ ☐ Diabetes ☐ Typ I ☐ Typ II

☐ ☐ Migräne

☐ ☐ Grüner Star

☐ ☐ Osteoporose

JA NEIN

☐ ☐ Magen-, Darmerkrankung

Wenn ja, welche? _____

☐ ☐ Nierenerkrankung

☐ Chron. Niereninsuffizienz ☐ Dialyse

☐ ☐ Rheumaerkrankung

Wenn ja, welche? _____

☐ ☐ Tumorerkrankung

Wenn ja, welche? _____

☐ ☐ Nehmen Sie Psychopharmaka ein?

Wenn ja, welche? _____

☐ ☐ Nehmen Sie Bisphosphonate ein?

Wenn ja, welche? _____

(z.B. Actonel, Bondronat, Bonefos, Fosamex, Skelid, Zometa)

ALLGEMEINE MEDIZINISCHE BEFUNDERHEBUNG

Besteht, bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

JA NEIN

- ☐ ☐ Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel? _____
- ☐ ☐ Herz-, Kreislauferkrankungen
  - ☐ Erhöhter Blutdruck ☐ Niedriger Blutdruck
  - ☐ Herzinsuffizienz ☐ Herzrhythmusstörungen
  - ☐ Herzschrittmacher ☐ Herzklappenfehler
  - ☐ Durchblutungsstörungen
  - ☐ Blutgerinnungsstörung
  - ☐ Ohnmachtsneigung
  - ☐ Angina Pectoris, wann? _____
  - ☐ Herzinfarkt, wann? _____
  - ☐ Schlaganfall, wann? _____

JA NEIN

- ☐ ☐ Nehmen Sie Blutverdünner ein?
  (z.B. ASS oder Marcumar) _____
- ☐ ☐ Besteht bei Ihnen eine Infektionskrankheit?
  - ☐ Hepatitis A ☐ Hepatitis B ☐ Hepatitis C
  - ☐ HIV ☐ TBC
- ☐ ☐ Bestehen weitere, oben nicht genannte Erkrankungen?
  Welche? _____
- ☐ ☐ Nehmen Sie zur Zeit regelmäßig Medikamente ein?
  Welche? _____
- ☐ ☐ Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft?
  Wenn ja, welche Woche? _____

BITTE BEWERTEN SIE IHREN STRESSLEVEL

Fühlen Sie sich durch aktuelle gesundheitliche Situationen eingeschränkt belastbar ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Skala von 0–10 (0 = keine Einschränkung, 10 = sehr starke Einschränkung)

ZAHNMEDIZINISCHE BEFUNDERHEBUNG

JA NEIN

- ☐ ☐ Haben Sie Zahnschmerzen?
- ☐ ☐ Blutet Ihr Zahnfleisch?
- ☐ ☐ Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?
- ☐ ☐ Sind Ihre Zähne gelockert?
- Wann wurden Sie zuletzt zahnärztlich geröntgt?
  _____

JA NEIN

- ☐ ☐ Hatten Sie schon einmal eine Entzündung an einer Wurzel?
- ☐ ☐ Haben Sie Schmerzen oder Geräusche im Kiefergelenk?
- ☐ ☐ Haben Sie Kopf-, Gesichts- oder Nackenschmerzen?
- ☐ ☐ Hatten Sie jemals eine Kiefervermessung?

ENDODONTISCHE BEFUNDERHEBUNG

JA NEIN

- ☐ ☐ Fühlt sich Ihr Zahn fremd an?
- ☐ ☐ Hat Ihr Zahn eine Wurzelkanalfüllung?
- ☐ ☐ Ist Ihr Zahn anbehandelt durch Ihren Hauszahnarzt?
  _____
  _____

JA NEIN

- ☐ ☐ Liegen Besonderheiten vor, von denen Sie Kenntnis haben, z.B. Kanal nicht auffindbar oder Instrument abgebrochen?
  _____
  _____

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.
Ich erkläre mein Einverständnis zur Weiterleitung von Röntgenbildern oder Arztbriefen an meine Hauszahnärztin/meinen Hauszahnarzt. Ich bestätige die Nutzung von Bildern und Fotos für wissenschaftliche Zwecke.
Die Datenschutzinformationen habe ich dem Aushang im Wartezimmer des Endologikums entnommen und akzeptiert.

JA ☐ **NEIN** ☐ (Bitte ankreuzen)

Unsererseits ist Verschwiegenheit selbstverständlich. Bei Nichteinhaltung eines vereinbarten Termines oder einer Absage Ihrerseits später als 24 Std. vor dem Termin behalten wir uns vor, Ihnen die Ausfallzeit in Rechnung zu stellen.

_____ _____

Oldenburg, den Unterschrift Patient (bei Minderjährigen gesetzlicher Vertreter)