



# 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		JA	NEIN	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Magen-, Darmerkrankung
		Wenn ja, welche? _____			Wenn ja, welche? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergiepass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nierenerkrankung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Atemwegserkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chron. Niereninsuffizienz <input type="checkbox"/> Dialyse
		Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rheumaerkrankung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anfallsleiden (Epilepsie)			Wenn ja, welche? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumorerkrankung
		<input type="checkbox"/> Überfunktion <input type="checkbox"/> Unterfunktion <input type="checkbox"/> Andere			Wenn ja, welche? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes <input type="checkbox"/> Typ I <input type="checkbox"/> Typ II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nehmen Sie Psychopharmaka ein?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Migräne			Wenn ja, welche? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grüner Star	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nehmen Sie Bisphosphonate ein?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporose			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 ?



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. 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)