



Anamnese für Senioren und/oder Pflegebedürftige

Dieser Fragebogen ist eine wichtige Information für Ihren behandelnden Zahnarzt; er verbleibt bei Ihren Akten und unterliegt dem Datenschutz. Bitte beantworten Sie die Fragen in Ihrem Interesse genau.

Name.....Geburtsdatum.....
Straße, Nr.PLZ,Wohnort.....
Telefon/Handy.....E-Mail.....
Krankenkasse..... Beihilfe Zusatzversicherung
Gesetzliche Betreuung/Vollmacht (Name,Anschrift,Telefon)
.....
Hausarzt (Name,Ort).....

Allgemeine Gesundheitssituation

	Ja	Nein
Hoher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wann.....		
Diabetes Mellitus Typ I	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes Mellitus Typ II (Altersdiabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Herzmuskelentzündung, Herzklappenersatz, Infarkt) Wenn ja, welche und wann		
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatische Erkrankung (z.B. Gicht, Fibromyalgie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma, COPD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche:.....		
.....		
Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parkinson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestrahlung im Kopf- Hals-Bereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chemotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Beeinträchtigungen:		
Inkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gedächtnisprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verständigungsprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundtrockenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Infektionen

	Ja	Nein
HIV / Immunschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis A /B /C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MRSA „Krankenhauskeim“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Creutzfeld-Jakob-Krankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche:		
<input type="checkbox"/> Herzmedikamente (z.B. Betablocker, Blut- drucksenker)		
<input type="checkbox"/> Cortison		
<input type="checkbox"/> Schmerzmittel.....		
<input type="checkbox"/> Antidepressiva.....		
<input type="checkbox"/> blutverdünnende Mittel (z.B. ASS 100, Marcumar, Pradaxa, Xarelto Clopidogrel, Plavix, Iscover).....		
<input type="checkbox"/> Antibabypille.....		
<input type="checkbox"/> Sonstige:.....		
.....		
	Ja	Nein
Sonstige Erkrankungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		
Besteht oder bestand eine Suchterkrankung (Alkohol, Drogen, Medikamente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Herzschrittmacher, Hörgerät, Organtransplantat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie Raucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie schwanger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche Woche:.....		

Zusätzliche Fragen bei Pflegebedürftigkeit

	Ja	Nein
Sind Sie wohnhaft in einer Pflegeeinrichtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welcher/es Wohnbereich/Zimmer.....		
Pflegestufe / Pflegegrad (neu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche:.....		
Wird ein Krankentransport zum Besuch unserer Praxis benötigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ansprechpartner Pflege (Name,Telefon).....		
Kommunikationsprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es Menschen, die Sie bei der Mundpflege unterstützen können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bei Betreuung/Vollmacht bitte immer Betreuerausweis/Vollmacht und Personalausweis mitbringen!

Mundgesundheitsituation

Haben Sie ein bestimmtes Anliegen, welches Sie in unsere Praxis führt?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Vorsorgeuntersuchung | <input type="checkbox"/> Beratung | <input type="checkbox"/> Schmerzbehandlung |
| <input type="checkbox"/> Neuer Zahnersatz | <input type="checkbox"/> Überweisung Zahnarzt | <input type="checkbox"/> Zweite Meinung |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges:..... | | |

	Ja	Nein
Sind Sie mit Stellung, Farbe und Form Ihrer Zähne zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dürfen wir Ihnen den Service anbieten, Sie unverbindlich an Ihre nächste Kontrolluntersuchung zu erinnern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

.....
Datum, Ort

.....
Unterschrift Versicherte/r bzw. Betreuer/in/Bevollmächtigte/r

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher verschieben. Ein unentschuldigtes Terminversäumnis kann mir in Rechnung gestellt werden. Die oben aufgeführten Punkte habe ich verstanden und wahrheitsgemäß beantwortet. Mein Einverständnis und Kenntnisnahme bestätige ich mit meiner Unterschrift.

.....
Datum, Ort

.....
Unterschrift Versicherte/r bzw. Betreuer/in/Bevollmächtigte/r