

## Anamnesebogen für Erwachsene

Persönliche Daten	
Name:	Früherer Name:
Telefon:	SV-Nr.:
Geburtsdatum:	Geschlecht: männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/>
Adresse:	E-Mail:
Sonderklasseversicherung: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Zahnezusatzversicherung: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Versicherer:	Versicherer:
Polizzen Nr.:	Polizzen Nr.:
Haben Sie eine Erwachsenenvertretung?  ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Adresse:
Name:	Telefonnummer:
	E-Mail:

**Bitte lesen Sie die folgenden Absätze in Ruhe durch und bestätigen Sie Ihr Einverständnis mit Ihrer Unterschrift auf der letzten Seite.**

- Die Universitätszahnklinik Wien ist ein Ausbildungsinstitut. Ich nehme zur Kenntnis, dass die Behandlungen auch von Studierenden unter ärztlicher Aufsicht durchgeführt werden.
- Ich nehme zur Kenntnis, dass die Organisation von Klinik und Ausbildung bedingt, dass der Behandlungsablauf in viele Zwischenschritte geteilt wird, die von Zahnärzt:innen kontrolliert werden müssen. Der gesamte Ablauf erfordert einen erheblichen Zeitaufwand, insbesondere wenn Vorbehandlungen oder die Zusammenarbeit der verschiedenen klinischen Fachbereiche nötig sind.
- Die Behandlung an der Universitätszahnklinik Wien sieht ein ganzheitliches Konzept zur Sanierung des Kauorgans vor, sodass sich der Therapiezeitraum auch über Monate oder Jahre erstrecken kann.
- Ich nehme zur Kenntnis, dass zur Dokumentation des Behandlungsverlaufs eventuell Aufnahmen der bildgebenden Diagnostik sowie Foto- oder Videoaufzeichnungen während der Behandlung und Nachsorge angefertigt werden.
- Medizinische Forschung: Die Universitätszahnklinik Wien ist eine gesetzlich anerkannte Forschungseinrichtung. Wir nutzen Ihre Patient:innendaten (inkl. Aufnahmen der bildgebenden Diagnostik, Fotodokumentationen und Videoaufzeichnungen) in pseudonymisierter Form für Forschungsprojekte. Namen oder andere direkte Identifikationsmerkmale werden nicht veröffentlicht; Auswertungen erfolgen zusammengefasst und ohne Rückschluss auf Ihre Person. Dies geschieht auf gesetzlicher Grundlage (Forschungsorganisationsgesetz FOG) und unter höchsten Datenschutzstandards. Ihre Einwilligung ist hierfür nicht erforderlich, Sie haben jedoch ein Auskunftsrecht. Ein Widerspruch ist aufgrund der gesetzlichen Erlaubnis nicht vorgesehen. Detaillierte Informationen zu Ihren Rechten, zur Datenverarbeitung und zu den Forschungszwecken finden Sie in unserer separaten "Datenschutzerklärung-Forschung" [<https://www.unizahnklinik-wien.at/datenschutz/>].

<b>Medizinische Daten</b>		
Was ist Ihr Hauptanliegen? ..... .....		
Wurden Sie überwiesen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, von wem? .....		
Wer ist Ihr:e behandelnde:r Zahn:ärztin? .....		
Sind Sie in ärztlicher Behandlung? z.B Hausärzt:in, Internist:in	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, bei wem? .....		
Hatten Sie in letzter Zeit einen Spitalsaufenthalt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, weswegen? .....		
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein oder erhalten Sie Injektionen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? .....		
Haben Sie eine Allergie? z.B.: Medikamentenallergie, Metalle, Pollen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? .....		
Sind Sie schwanger? Könnten Sie schwanger sein? Wenn ja, in welcher Woche?.....	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Bluten Sie lange nach Verletzungen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Nehmen Sie blutgerinnungshemmende Medikamente? z.B Marcoumar, Xarelto, Aspirin, Plavix, Thrombo-Ass	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? .....		
Haben Sie eine Erkrankung im blutbildenden System? z.B Leukämie, Lymphom, Agranulozytose, Anämie, Hämophilie	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? .....		

Haben Sie eine Erkrankung der Blutgefäße? Migräne, Arterielle Durchblutungsstörung, Venenleiden, Thrombosen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? .....		
Haben Sie eine Erkrankung des Herz-Kreislauf-Systems? z.B Herzinfarkt, Angina Pectoris, Rythmusstörung, Herzfehler, Klappenersatz,Blutdruckprobleme	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? .....		
Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie eine Atemwegserkrankung? z.B Asthma, chronische Bronchitis, Tuberkulose, Tumor	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? .....		
Sind sie Träger einer Infektionskrankheit? z.B.: Hepatitis A, B, C, non A-B, HIV/AIDS, TBC, Gonorrhoe, Syphilis	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? .....		
Haben Sie eine Stoffwechselerkrankung oder hormonelle Erkrankung? z.B Diabetes, Gicht, Nebenniere, Schilddrüse	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche und seit wann? .....		
Sind Sie insulinpflichtig? Wenn ja, seit wann?.....	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie eine Erkrankung der Augen? z.B Glaukom	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? .....		
Haben Sie eine Autoimmunerkrankung? z.B Lupus, Panateriitis nodosa, Dermatomyositis, Sklerodermie	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? .....		
Haben Sie eine rheumatische Erkrankung? z.B rheumatisches Fieber, Polyarthritis, M. Bechterew	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? .....		
Haben Sie eine Erkrankung des Nervensystems? z.B Schlaganfall, Epilepsie, Multiple Sklerose, Neuralgien, Lumbalgie	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? .....		

Haben Sie eine Erkrankung der Niere, Harnwege oder Prostata? z.B Entzündung, Tumor	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? .....		
Haben Sie eine Erkrankung der Verdauungsorgane? z.B Leber, Magen-Darm, Bauchspeicheldrüse, Gallenblase	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? .....		
Hatten Sie eine Organtransplantation?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? .....		
Besteht eine Immunsuppression?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie eine psychische Erkrankung? z.B.: Angst, Depression, Schizophrenie, Neurose	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Trinken Sie alkoholische Getränke? Wenn ja, wie viel?.....	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Sind Sie Raucher:in? Wenn ja, wie viel?.....	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie jemals geraucht? Wenn ja, wie viel?.....	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

	täglich	häufig	manchmal	selten	nie
Hatten Sie im vergangenen Monat Schwierigkeiten beim Kauen von Nahrungsmitteln aufgrund von Problemen mit Ihren Zähnen, im Mundbereich oder mit ihrem Zahnersatz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie im vergangenen Monat Schmerzen im Mundbereich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie im vergangenen Monat den Eindruck, Ihr Essen war geschmacklich weniger gut aufgrund von Problemen mit Ihren Zähnen, im Mundbereich oder mit Ihrem Zahnersatz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist es Ihnen im vergangenen Monat schwergefallen, Ihren alltäglichen Beschäftigungen nachzugehen aufgrund von Problemen mit Ihren Zähnen, im Mundbereich oder mit Ihrem Zahnersatz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wien, \_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient:in bzw. gesetzl. Vertreter:in