

ANAMNESEBOGEN

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Informationen über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Hierzu sind wir gesetzlich verpflichtet. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben.

Deshalb bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Patientendaten

Name / Vorname _____ Geburtsort _____
Straße / Nr. _____ Beruf _____
PLZ / Ort _____ Arbeitgeber _____
TEL Privat _____ Krankenkasse _____
TEL Mobil _____ Zusatzversicherung _____
E-Mail _____ Basistarif ja nein
Geburtsdatum _____ Beihilfeberechtigt ja nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name / Vorname _____ TEL Privat _____
Straße / Nr. _____ TEL Mobil _____
PLZ / Ort _____ Geburtsdatum _____

Wer ist Ihr Hausarzt / behandelnder Facharzt?

Name / Ort _____ TEL _____

Wie möchten Sie von uns an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnert werden?

Per Post Per E-Mail Per SMS Per Telefon Keine Erinnerung

Falls Sie einen vereinbarten Termin einmal nicht einhalten können, bitten wir Sie, ihn spätestens 24 Stunden vorher abzusagen. Wir vereinbaren gerne einen Alternativtermin mit Ihnen. Bei nicht rechtzeitiger Terminabsage behalten wir uns vor, eine Ausfallgebühr in Höhe von 50 EUR zu berechnen.

Welches besondere Anliegen führt Sie in unsere Praxis?

- Routinekontrolle
- Beratung „zweite Meinung“
- Schmerzbehandlung
- Neuer Zahnersatz

Andere Gründe: _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Von Bekannten empfohlen
- Telefon-/Branchenbuch
- Internet
- Zeitungsanzeige

Sonstiges: _____

Waren Sie in den letzten zwei Jahren in ärztlicher Behandlung oder im Krankenhaus?

ja nein

Wenn ja, weswegen? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein, welche die Blutgerinnung hemmen?

ja nein

Wenn ja, welche (z.B. Marcumar, ASS)? _____

Neigen Sie zu allergischen Reaktionen?

Bei bestimmten Materialien ja nein
Bei Medikamenten ja nein
Bei Nahrungsmitteln ja nein

Wenn ja, welche? _____

Sonstiges: _____

Haben Sie einen Allergiepass? ja nein

Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens?

Angeborene oder erworbene Herzfehler? ja nein
Herzklappenfehler oder Herzklappenprothese? ja nein
Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)? ja nein
Herzoperationen? ja nein
Herzinfarkt, Angina pectoris? ja nein

Leiden oder litten Sie an nachfolgenden Krankheiten?

Infektionskrankheiten wie z.B.:
 Tuberkulose Hepatitis HIV nein
Zu hoher Blutdruck ja nein
Zu niedriger Blutdruck ja nein
Blutkrankheiten oder Blutgerinnungsstörungen ja nein
Schlaganfall ja nein
Anfallsleiden (z.B. Epilepsie) ja nein
Diabetes ja nein
Nierenerkrankungen ja nein
Magen-Darm-Erkrankungen ja nein
Lebererkrankung ja nein
Skeletterkrankungen ja nein
Osteoporose ja nein
Wurde bei Ihnen eine Therapie mit Bisphosphonaten durchgeführt? ja nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

ja nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie einen Medikamentenpass? ja nein

Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?

ja nein

Wenn ja, welche? _____

Nur für Patientinnen:

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Wenn ja, welcher Monat? _____

Haben Sie einen Herzschrittmacher? ja nein
Haben Sie einen Herzpass? ja nein

Sonstiges: _____

Krebserkrankung ja nein
Rheuma/Rheumatisches Fieber ja nein
Schilddrüsenerkrankung ja nein
Asthma/Lungenerkrankungen ja nein
Drogenabhängigkeit ja nein
Alkoholabhängigkeit ja nein
Nervenerkrankungen wie z.B.:
 Morbus Parkinson Multiple Sklerose nein
Haben Sie ein künstliches Gelenk erhalten?
 Knie Hüfte Sonstiges nein

Sonstige Erkrankungen? _____

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Fahrtüchtigkeit nach einer lokalen Betäubung eingeschränkt sein kann und bitten Sie, uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes unverzüglich mitzuteilen. Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis wohl fühlen und stehen Ihnen bei Fragen gerne zur Verfügung.

Datum/Unterschrift _____

ZAHNÄRZTLICHE FRAGEN

Haben Sie Schmerzen in der Kau-/
Kiefermuskulatur? ja nein

Haben Sie Schmerzen im Ohrbereich
(Kiefergelenke)? ja nein

Beobachten Sie ein Knacken im Bereich
der Ohren (Kiefergelenke)? ja nein

Können Sie den Mund ungestört weit öffnen? ja nein

Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen? ja nein

Neigen Sie zu häufigen Kopf-/Nacken-
oder Schulterschmerzen? ja nein

Neigen Sie zu Rückenschmerzen? ja nein

Sonstiges: _____

Wünschen Sie eine Beratung über den
Austausch vorhandener Amalgamfüllungen? ja nein

Ist bei Ihnen Zahnersatz vorhanden? ja nein

Wie alt ist der Zahnersatz?

Sind Sie mit Ihrem Zahnersatz zufrieden? ja nein

Wünschen Sie eine Beratung über
Zahnersatzalternativen? ja nein

Bemerkungen: _____

Haben Sie Zahnfleischbluten? ja nein

Beobachten Sie ein Zurückweichen des Zahn-
fleisches an einzelnen oder mehreren Zähnen? ja nein

Haben Sie empfindliche Zahnhälse? ja nein

Sind Ihnen in der letzten Zeit Veränderungen
an den Lippen, der Mundschleimhaut oder
der Zunge aufgefallen (auch Schleimhaut-
brennen)? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Ist bei Ihnen schon einmal eine
professionelle Zahnreinigung erfolgt? ja nein

Wurde bei Ihnen eine Parodontose-
behandlung durchgeführt? ja nein

Wenn ja, wann? _____

Wurden bei Ihnen im letzten Jahr
Röntgen- oder CT-Aufnahmen im
Kopf-/Kieferbereich angefertigt? ja nein

Wenn ja, wann? _____

Ihre Wünsche und Anregungen:

Datum/Unterschrift _____