

## 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 ..... <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Geburtsdatum _____	Beihilfeberechtigt ..... <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

### Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied 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 Email
  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 .....  ja  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 .....  ja  nein

Haben Sie ein künstliches Gelenk erhalten?

Knie  Hüfte  Sonstiges .....  ja  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 ange-  
fertigt? .....  ja  nein

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

**Ihre Wünsche und Anregungen:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Datum/Unterschrift** \_\_\_\_\_