



Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deshalb bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient

Name / Vorname _____
Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____
Geburtsdatum / Geburtsort _____
Tel. Festnetz / Tel- mobil _____
E-Mail _____ Beruf _____

Versicherter

- Identisch mit Patient
 Gesetzlicher Vormund

Sind Patient und Mitglied der Versicherung nicht identisch, ergänzen Sie bitte die Daten:

Name / Vorname _____
Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____
Geburtsdatum / Geburtsort _____

Versicherung

Krankenkasse _____
 Gesetzlich versichert Privat versichert Zusatzversicherung
 Basistarif Beihilfeberechtigt

Hausarzt

Name _____ Ort _____
Tel. _____

Hinweise zur Organisation

Können Sie ihren Termin nicht einhalten, dann sagen Sie ihn möglichst 24 Std. vorher ab.

Hinweise zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann. Dies kann sowohl durch die Behandlung selbst, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten hervorgerufen werden. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi, das Sie sicher nach Hause bringt.



In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- von Bekannten empfohlen
- Telefon -/ Branchenbuch
- Zeitungsanzeige
- Überweisung von _____
- Internet, über die Seite _____
- Sonstiges _____

Warum suchen Sie uns auf? Wünschen Sie eine/n...

- Routinekontrolle
- Beratung
- Schmerzbehandlung
- neuen Zahnersatz
- „zweite Meinung“
- andere Gründe

Waren Sie in den letzten 12 Monaten in ärztlicher Behandlung?

- Ja nein
- Wenn ja, weshalb?

Waren Sie in den letzten 5 Jahren im Krankenhaus?

- Ja nein
- Wenn ja, warum?

Haben Sie akute Schmerzen?

- Ja nein
- Wenn ja, warum?

Wenn ja, wie äußern sie sich?

- Dauerschmerz
- Zähne reagieren auf süß / sauer
- Manche Zähne sind temperaturempfindlich
- Zähne schmerzen bei Belastung oder Kauen
- Zähne schmerzen auch ohne Belastung
- Schmerzen oder Entzündungen am Zahnfleisch
- Kieferschmerzen / Kiefergelenkschmerzen



Leiden oder litten Sie an Erkrankungen des /der...

- | | | |
|----------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Kreislaufs | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Leber | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Nieren | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Schilddrüse | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Magen-Darm-Traktes | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Gelenke (Rheuma) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wirbelsäule | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Atmungsorgane | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Krebs | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Depressionen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Andere Erkrankungen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, welche? | _____ | |

Haben oder hatten Sie...

- | | | |
|--|---|-------------------------------|
| hohen Blutdruck | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| niedrigen Blutdruck | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Zahnfleischbluten | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ohrensausen / Tinnitus | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Osteoporose | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Epilepsie | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Grünen Star | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Tuberkulose | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| HIV (Aids) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Hepatitis | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, welcher Typ? | <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C |
| Allergien | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, wogegen? | _____ | |
| Eine Gelenkprothese
(z.B. künstliches Knie-oder Hüftgelenk) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, wo genau? | _____ | |



Sonstige Infektionen / Erkrankungen:

Zu Ihrem Herzen: haben oder hatten Sie

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt |
| <input type="checkbox"/> Herzklappenentzündung | <input type="checkbox"/> künstliche Herzklappe |
| <input type="checkbox"/> Angina pectoris | |
| <input type="checkbox"/> Andere Probleme? | |
- Wenn ja, welche? _____

Medikamente: Nehmen sie...

- Herzmedikamente
- Schmerzmittel
- Blutverdünnende Medikamente? z.B. Marcumar, ASS
- Andere Medikamente

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente, Spritzen, Nahrungsmittel, Blütenstaub oder andere blutverdünnende Nahrungsmittel aufgetreten?

- Ja nein
- Wenn ja, gegen welche? _____

Für unsere Patientinnen,

- Sind Sie schwanger? Ja nein
- Wenn ja, in welcher Woche sind Sie? _____

Zum Schluss, Knirschen Sie mit den Zähnen

- Ja nein

Oder leiden Sie unter Nackenverspannungen / Schmerzen?

- Ja nein

Fragen und Anmerkungen:

Datum

Unterschrift