

## Anamnesebogen

Pat. Nummer: \_\_\_\_\_

### 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. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz.

### Persönliches

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Straße / Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Tel. privat: \_\_\_\_\_

Tel. mobil: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Name der Krankenkasse / privaten Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

gesetzlich versichert

privat versichert

Basistarif

beihilfeberechtigt

Zusatzversicherung

### Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Straße / Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

### In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

von Bekannten empfohlen

Telefon / Branchenbuch

Zeitungsanzeige

Sonstiges

Überweisung von \_\_\_\_\_

Internet: \_\_\_\_\_

Falls wir empfohlen wurden, haben Sie sich im Vorfeld unseren Internetauftritt angeschaut?

ja

nein

### Hinweise zur Organisation

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte sagen sie ihn mindestens 24 Stunden vorher ab.

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

Herzens oder Kreislaufs	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Nieren	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Schilddrüse	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Magen-Darm-Traktes	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Gelenke (Rheuma)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

## Allergien / Überempfindlichkeiten

Sind bei Ihnen jemals Allergien aufgetreten?  ja  nein  
Wenn ja wogegen ? \_\_\_\_\_

Haben Sie einen Allergiepass?  ja  nein

## Haben oder hatten Sie ...

hohen Blutdruck	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
niedrigen Blutdruck	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Blutungsneigung / Bluterkrankungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Schlaganfall	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
einen Herzschrittmacher	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Epilepsie (Anfallsleiden)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Asthma / Lungenerkrankung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Tuberkulose	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
HIV (Aids)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Hepatitis	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Wenn ja, welcher Typ ?	<input type="radio"/> A	<input type="radio"/> B <input type="radio"/> C
sonstige Infektionen / Erkrankungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Wenn ja, welche ?	_____	

## Vorherige Behandlungen

Sind Sie in regelmäßiger ärztlicher Behandlung?  ja  nein  
Wenn ja, warum ? \_\_\_\_\_

## Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

ja  nein

Wenn ja, welche:

- Herzmedikamente: \_\_\_\_\_
- Cortison: \_\_\_\_\_
- Schmerzmittel: \_\_\_\_\_
- Antidepressiva: \_\_\_\_\_
- Blutverdünner (z.B. ASS, Marcumar® oder Heparin) \_\_\_\_\_
- Sonstige: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie aktuell Medikamente gegen Knochenstoffwechselstörungen wie zum Beispiel Osteoporose (sog. Bisphosphonate) bzw. haben Sie diese in der Vergangenheit eingenommen?  ja  nein

## Fragen zur Zahngesundheit

Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch? \_\_\_\_\_  
Wann wurden Sie das letzte Mal im Kopf-/ Halsbereich geröntgt?  
Welche Aufnahmen wurden gemacht?  
\_\_\_\_\_

Röntgennachweisheft vorhanden ?  ja  nein

Schmerzt Ihr Kiefergelenk / der Kiefer ?  ja  nein

Haben Sie Zahnfleischprobleme? Blutungen beim Zähneputzen?

Zahnfleischrückgang?  ja  nein

Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund?  ja  nein

Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig halbjährlich / jährlich professionell gereinigt (PZR, Prophylaxe)?  ja  nein

Legen Sie besonderen Wert auf eine Behandlung unter lokaler Betäubung?  ja  nein

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

- Vorsorgeuntersuchung
- Beratung
- Schmerzbehandlung
- neuer Zahnersatz
- Überweisung Zahnarzt
- zweite Meinung
- sonstiges \_\_\_\_\_

## Sonstiges

Rauchen Sie?  ja  nein

Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag? \_\_\_\_\_

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol oder Drogen?

ja  nein

Wenn ja, wie häufig? \_\_\_\_\_

## Für unsere Patientinnen:

Liegt eine Schwangerschaft vor?  ja  nein

Wenn ja, welcher Monat? \_\_\_\_\_

Ich versichere hiermit, dass ich alle Angaben nach bestem Wissen gemacht habe und die Praxis bei Änderungen informiere.

Datum

Unterschrift