

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 ja nein
Nieren ja nein
Schilddrüse ja nein
Magen-Darm-Traktes ja nein
Gelenke (Rheuma) ja 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 ja nein
Niedrigen Blutdruck ja nein
Blutungsneigung / Bluterkrankungen ja nein
Schlaganfall ja nein
Einen Herzschrittmacher ja nein
Diabetes (Zuckerkrankheit) ja nein
Epilepsie (Anfallsleiden) ja nein
Asthma / Lungenerkrankung ja nein
Tuberkulose ja nein
HIV (Aids) ja nein
Hepatitis ja nein
Wenn ja, welcher Typ? A B C
Sonstige Infektionen / Erkrankungen ja nein
Wenn ja, welche?

Vorherige Behandlungen

- Stehen 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