

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. 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.

Persönliches

Name / Vorname			
Straße / Nr.		PLZ / Ort	
Geburtsdatum		Geburtsort	
Tel. privat		Tel. mobil*	
E-Mail*		Beruf	
Krankenkasse / private Krankenversicherung			
gesetzlich versichert	☐ ja ☐ nein	privat versichert	☐ ja ☐ nein
Zusatzversicherung	☐ ja ☐ nein	beihilfeberechtigt	☐ ja ☐ nein
		Basistarif	☐ ja ☐ nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name / Vorname		Geburtsdatum	
Straße / Nr.		PLZ / Ort	

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name		Ort	
Tel.			

Hinweise zur Organisation

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte sagen Sie ihn mindestens 24 Stunden 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*:

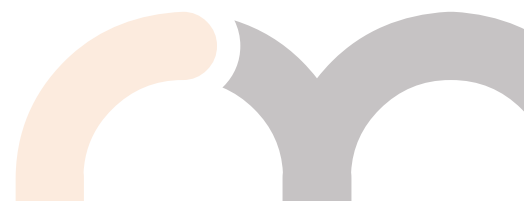
Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

☐ von Bekannten / Familie empfohlen	☐ Telefon- / Branchenbuch	☐ Bewertungsportal (Jameda o. ä.)	☐ Anzeige
☐ Überweisung von			
☐ Internet, über die Seite			
☐ Sonstiges			

Falls wir empfohlen wurden, haben Sie sich im Vorfeld unseren Internetauftritt angeschaut?	☐ ja ☐ nein
Möchten Sie unseren Praxisnewsletter per E-Mail erhalten?	☐ ja ☐ nein
Möchten Sie von uns an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnert werden?	☐ ja ☐ nein
☐ per Post ☐ per E-Mail ☐ telefonisch	

* freiwillige Angabe

Bitte beachten Sie auch die Rückseite ►



Anamnesebogen

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

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

Haben Sie akute Schmerzen? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wie äußern sich diese?

- ☐ 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 der / des ...

- | | | |
|--------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Kreislauf | ☐ ja | ☐ nein |
| Leber | ☐ ja | ☐ nein |
| Nieren | ☐ ja | ☐ nein |
| Schilddrüse | ☐ ja | ☐ nein |
| Magen-Darm-Traktes | ☐ ja | ☐ nein |
| Gelenke (Rheuma) | ☐ ja | ☐ nein |
| Wirbelsäule | ☐ ja | ☐ nein |

Haben oder hatten Sie ...

- | | | |
|------------------------|-----------------------------|---|
| hohen Blutdruck | ☐ ja | ☐ nein |
| niedrigen Blutdruck | ☐ ja | ☐ nein |
| Diabetes | ☐ ja | ☐ nein |
| Zahnfleischbluten | ☐ ja | ☐ nein |
| Ohrensausen / Tinnitus | ☐ ja | ☐ nein |
| Osteoporose | ☐ ja | ☐ nein |
| Epilepsie | ☐ ja | ☐ nein |
| Grünen Star | ☐ ja | ☐ nein |
| Tuberkulose | ☐ ja | ☐ nein |
| HIV (Aids) | ☐ ja | ☐ nein |
| Hepatitis | ☐ ja | ☐ nein |
| Wenn ja, welcher Typ? | ☐ A | ☐ B ☐ C |
| Allergien | ☐ ja | ☐ nein |
| Wenn ja, wogegen? | | |

eine Gelenkprothese ☐ ja ☐ nein
(z. B. künstliches Knie- oder Hüftgelenk)
Wenn ja, wo genau?

Sonstige Infektionen / Erkrankungen:

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie ...

- | | |
|--|--|
| ☐ Stents | ☐ Bypass |
| ☐ Herzschrittmacher | ☐ Herzinfarkt |
| ☐ Herzklappenentzündung | ☐ künstliche Herzklappe |
| ☐ Angina Pectoris | ☐ Sonstige: |

Medikamente: Nehmen Sie ...

- | | |
|---|--|
| ☐ Herzmedikamente | ☐ Cortison (Kortikoide) |
| ☐ Schmerzmittel | ☐ Antidepressiva |
| ☐ blutverdünnende Medikamente, z. B. Marcumar®, ASS? | |
| ☐ Bisphosphonate, wenn ja, welche? | |
| ☐ Alendronat (Fosamax®, Fosavance®, Generika) | |
| ☐ Ibandronat (Bonviva®, Generika) | |
| ☐ Pamidronat (Generika, das Original Aredia® ist außer Handel) | |
| ☐ Risedronat (Actonel®, Generika) | |
| ☐ Zoledronsäure (Aclasta®, Zometa®, Generika) | |

☐ andere Medikamente:

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen
Medikamente oder Spritzen aufgetreten? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, gegen welche?

Für unsere Patientinnen

Sind Sie schwanger? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, in welcher Woche?

Zum Schluss

Knirschen Sie mit den Zähnen? ☐ ja ☐ nein

Fühlen Sie sich psychisch stark belastet? ☐ ja ☐ nein

Rauchen Sie? ☐ ja ☐ nein

Fragen / Anmerkungen:

Datum

Unterschrift

