

# 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 \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geschlecht  ♀  ♂  divers

Straße/Nr. \_\_\_\_\_ Tel. privat \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_ Tel. mobil \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Krankenkasse/private Krankenversicherung \_\_\_\_\_

gesetzlich versichert  ja  nein      privat versichert  ja  nein      Basistarif  ja  nein

Zusatzversicherung  ja  nein      beihilfeberechtigt  ja  nein

Hausarzt \_\_\_\_\_

## Hinweise zur Organisation

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte geben Sie uns mindestens 24 Stunden vorher Bescheid. Andernfalls müssen wir Ihnen eine Ausfallgebühr nach geltender Satzung berechnen.

## 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 \_\_\_\_\_

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

Möchten Sie von uns per Post, E-Mail, SMS oder telefonisch an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnert werden? (Recall)  ja  nein

# 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?

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

- Herzens oder Kreislaufs  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
- Blutgerinnungsstörungen  ja  nein
- Diabetes  ja  nein
- Zahnfleischbluten  ja  nein
- Ohrensausen / Tinnitus  ja  nein
- Epilepsie  ja  nein
- Grünen Star  ja  nein
- Tuberkulose  ja  nein
- Osteoporose  ja  nein
- HIV (Aids)  ja  nein
- Hepatitis  A  B  C  ja  nein
- Allergien  ja  nein

Wenn ja, wogegen?

Sonstige Infektionen / Erkrankungen:

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie ...

- eine Herzklappenentzündung  Angina Pectoris
- einen Herzschrittmacher  einen Herzinfarkt

Medikamente: Nehmen Sie ...

- Herzmedikamente  Cortison (Kortikoide)
- Schmerzmittel  Antidepressiva
- blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar®, ASS?
- Bisphosphonate  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

Fühlen Sie sich psychisch stark belastet?  ja  nein

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel?  ja  nein

Trinken Sie Alkohol? Wie oft?  ja  nein

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung Ihrer Zähne?

Tragen Sie festsitzenden oder herausnehmbaren Zahnersatz? Wenn ja, wie alt ist dieser (ca.)  ja  nein

Knirschen Sie und/oder leiden Sie unter Kiefergelenksproblemen?  ja  nein

Leiden Sie unter Zahnfleischbluten?  ja  nein

Gefällt Ihnen Ihr Lächeln? Sind Sie mit der Stellung und Form Ihrer Zähne zufrieden?  ja  nein

Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?  ja  nein

Wünschen Sie zahnfarbene Füllungen?  ja  nein

Wünschen Sie eine regelmäßige Zahnreinigung?  ja, 1/2 jährlich  ja, 1x im Jahr  nein

Datum

Unterschrift