

# 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 der ärztlichen Schweigepflicht.

### Persönliches

Name / Vorname \_\_\_\_\_ Geburtstag \_\_\_\_\_

Straße / Nummer \_\_\_\_\_

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

Tel. Privat \_\_\_\_\_ Tel. Mobil \_\_\_\_\_

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

Beruf \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Privatversichert?  ja  nein Zahnzusatz versichert?  ja  nein

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

Name / Vorname \_\_\_\_\_ Geburtstag \_\_\_\_\_

Sind Sie beihilfeberechtigt?  ja  nein

### Wer ist Ihr Hausarzt?

Name \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

### Hinweise zur Organisation

Wir sind eine Bestellpraxis. Daher bitten wir Sie, Termine, die Sie nicht einhalten können, mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, damit wir diese an andere Patienten vergeben können.

### In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Telefon- / Branchenbuch
- Internet, über die Seite: \_\_\_\_\_
- Empfehlung von: \_\_\_\_\_
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

Haben Sie sich im Vorfeld unseren Internetauftritt angeschaut?  ja  nein

Möchten Sie von uns an Ihre halbjährliche Vorsorgeuntersuchung erinnert werden?  ja  nein

# Anamnesebogen

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

- Routinekontrolle?                       „zweite Meinung“?  
 Amalgamsanierung?                     Schmerzbehandlung?  
 neuen Zahnersatz?  
 andere Gründe: \_\_\_\_\_

## Wünschen Sie eine spezielle Beratung zu folgenden Themen:

- Professionelle Zahnreinigung  
 Bleichen von verfärbten Zähnen  
 Füllungsalternativen (z.B. Kunststofffüllungen oder Keramikinlays)  
 Schienentherapie bei Kopfschmerzen oder Tinnitus  
 Vollkeramische Front- und Seitenzahnversorgung  
 Implantate mit hochwertigem Zahnersatz

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

- |                               |                          |                            |
|-------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Herzens oder Kreislaufs       | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Leber                         | <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 |
| Ohrensausen / Tinnitus        | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Wirbelsäule                   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Asthma / Atemwegserkrankungen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

## Haben Sie ...

- |                             |   |                            |
|-----------------------------|---|----------------------------|
| Hohen Blutdruck             | <input type="radio"/> ja  | <input type="radio"/> nein |
| Niedrigen Blutdruck         | <input type="radio"/> ja  | <input type="radio"/> nein |
| Diabetes                    | <input type="radio"/> ja  | <input type="radio"/> nein |
| Zahnfleischbluten           | <input type="radio"/> ja  | <input type="radio"/> nein |
| Epilepsie                   | <input type="radio"/> ja  | <input type="radio"/> nein |
| Grauen Star                 | <input type="radio"/> ja  | <input type="radio"/> nein |
| eine Schilddrüsenerkrankung | <input type="radio"/> ja  | <input type="radio"/> nein |
| Rheuma                      | <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 |                            |
| Allergien                   | <input type="radio"/> ja  | <input type="radio"/> nein |

Wenn ja, wo gegen? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie ...

- eine Herzklappenentzündung?     Angina Pectoris?  
 einen Herzschrittmacher?         einen Herzinfarkt?  
 Ich benötige eine Endokarditisprophylaxe

## Medikamente – Nehmen Sie ...

- Herzmedikamente                       Cortison (Kortikoide)  
 Schmerzmittel                           Antidepressiva  
 blutverdünnende Medikamente – Wenn ja, welche?  
 ASS     Marcumar     Sonstige: \_\_\_\_\_  
 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

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Änderungen meines Gesundheitszustandes oder meiner persönlichen Daten wie z.B. Anschrift oder Telefonnummer werde ich rechtzeitig mitteilen.

\_\_\_\_\_  
 Datum / Unterschrift