

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen. Damit die Behandlung nach Ihren Wünschen und auf Ihre Gesundheit angepasst erfolgen kann, bitten wir Sie, diese beiden Bögen vollständig auszufüllen. Sollten Sie dazu noch Fragen haben, beantworten wir Ihnen diese gern. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Teilen Sie uns bitte Änderungen umgehend mit.

Persönliches

Name / Vorname _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort: _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Tel. Festnetz _____ Tel. mobil _____

Arbeitgeber _____ Tel. Arbeitgeber _____

E-Mail _____ Beruf _____

Krankenkasse / private Krankenversicherung _____

gesetzlich versichert ja nein Zusatzversicherung ja neinprivat versichert ja nein beihilfeberechtigt ja nein Basistarif ja neinPflegegrad (Pflegestufe): _____ Trifft bei Ihnen die Richtlinie nach § 22a SGB V zu? 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 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?

 auf Empfehlung von _____ Überweisung von _____ Internet, über die Seite _____ Sonstiges _____Möchten Sie unseren Praxisnewsletter per E-Mail erhalten? ja neinMöchten Sie von uns per Post, E-Mail oder telefonisch an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnert werden? 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?

- 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 littten Sie an Erkrankungen der / des ...

- | | | |
|--------------------|--------------------------|----------------------------|
| 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 |
| Wirbelsäule | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> 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 |
| Diabetes mellitus | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Grüner Star/ Grauer Star | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Asthma | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Blutgerinnungsstörung | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Osteoporose | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Epilepsie | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Rheuma | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Depressionen/ Angstzustände | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Krebs | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Chemotherapie/ Bestrahlung | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| HIV positiv/ AIDS | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| MRSA | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Abhängigkeit (Drogen, Alkohol, Medikamente) | <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, wogegen? | | |

Sonstige Infektionen / Erkrankungen:

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie...

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Stents | <input type="radio"/> Bypass |
| <input type="radio"/> Herzschrittmacher | <input type="radio"/> Herzinfarkt |
| <input type="radio"/> Herzklappenentzündung | <input type="radio"/> künstliche Herzklappe |
| <input type="radio"/> Angina Pectoris | <input type="radio"/> _____ |

Medikamente: Nehmen Sie ...

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Herzmedikamente | <input type="radio"/> Cortison (Kortikoide) |
| <input type="radio"/> Schmerzmittel | <input type="radio"/> Antidepressiva |
| <input type="radio"/> blutverdünnende Medikamente | z.B. Marcumar®, ASS, Xarelto, Pradaxa? |
| <input type="radio"/> Bisphosphonate | |
| <input type="radio"/> 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

Rauchen Sie? ja nein

 Wenn ja, wieviel am Tag? _____

Haben Sie Zahnfleischbluten? ja nein

Schnarchen Sie? ja nein

Fragen / Anmerkungen:

Datum

Unterschrift