

# 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. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht unserer Praxis.

### Persönliches

Name / Vorname  Geburtstag

Straße / Nr.  PLZ / Ort

Tel. Festnetz  Tel. mobil

E-Mail  Beruf

Arbeitgeber  Anschrift

Krankenkasse

Gesetzlich versichert  ja  nein Privat versichert  ja  nein Basistarif  ja  nein

Zusatzversicherung  ja  nein Beihilfeberechtigt  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.

### 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 an Ihre halbjährliche Vorsorgeuntersuchung erinnert werden?  ja  nein

# Anamnesebogen

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

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> Routinekontrolle  | <input type="radio"/> neuen Zahnersatz |
| <input type="radio"/> Beratung          | <input type="radio"/> „zweite Meinung“ |
| <input type="radio"/> Schmerzbehandlung | <input type="radio"/> sonstiges:       |
- 

## Haben Sie akute Schmerzen? ja nein

### Wenn ja, wie äußern sie sich?

- Dauerschmerz
- Zähne reagieren auf süß / sauer
- Zähne sind temperaturempfindlich
- Zähne schmerzen bei Belastung oder Kauen
- Zähne schmerzen auch ohne Belastung
- Schmerzen oder Entzündungen am Zahnfleisch
- Kiefer- / Kiefergelenkschmerzen

## 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 |
| Wirbelsäule             | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Augen                   | <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                    | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein                      |
| Zahnfleischbluten           | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein                      |
| Ohrensausen / Tinnitus      | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein                      |
| Epilepsie                   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein                      |
| Asthma                      | <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, welche?

---

Sonstige Infektionen / Erkrankungen:

---

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

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> eine Herzklappenentzündung | <input type="radio"/> Angina Pectoris   |
| <input type="radio"/> einen Herzschrittmacher    | <input type="radio"/> einen Herzinfarkt |
| <input type="radio"/> künstliche Herzklappe      |   |

## 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? |   |
| <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

Fühlen Sie sich psychisch stark belastet?

ja  nein

Rauchen Sie?

ja  nein

Datum

Unterschrift