

# 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 unserer Praxis.

## Persönliches

Name/Vorname	Geburtsdag
Straße/Nr.	
PLZ/Ort	
Tel. privat	Tel. mobil
E-Mail	
Beruf	
Arbeitgeber	
Krankenkasse	

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

Name/Vorname					
Haben Sie Zusatzversicherung abgeschlossen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Sind Sie beihilfeberechtigt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sind Sie privatversichert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Sind Sie über einen Basistarif versichert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wer ist Ihr Hausarzt?					

Name/Vorname
Tel.

## In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- von Bekannten empfohlen    
  Telefon-/Branchenbuch    
  Zeitungsanzeige    
  Internet    
  Sonstiges

Überweisung von

- |  |                                   |                                     |                                      |
|--|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| Falls wir empfohlen wurden, haben Sie sich im Vorfeld unseren Internetauftritt angeschaut? | <input type="checkbox"/> ja       | <input type="checkbox"/> nein       |                                      |
| Möchten Sie von uns an Ihre halbjährliche Vorsorgeuntersuchung erinnert werden?            | <input type="checkbox"/> ja       | <input type="checkbox"/> nein       |                                      |
| Wenn ja, wie?  | <input type="checkbox"/> per Post | <input type="checkbox"/> per E-Mail | <input type="checkbox"/> telefonisch |

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

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Routinekontrolle  | <input type="checkbox"/> neuen Zahnersatz |
| <input type="checkbox"/> Beratung          | <input type="checkbox"/> „zweite Meinung“ |
| <input type="checkbox"/> Schmerzbehandlung | <input type="checkbox"/> 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
- Kiefer-/Kiefergelenkschmerzen

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

- |                         |                             |                               |
|-------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Herzens oder Kreislaufs | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Leber                   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Nieren                  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Schilddrüse             | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Magen-Darm-Traktes      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Gelenke (Rheuma)        | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wirbelsäule             | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

### Haben oder hatten Sie ...

- |                             |                             |   |
|-----------------------------|-----------------------------|---|
| Hohen/Niedrigen Blutdruck   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein                         |
| Diabetes                    | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein                         |
| Zahnfleischbluten           | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein                         |
| Ohrensausen/Tinnitus        | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein                         |
| Epilepsie                   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein                         |
| Grünen Star                 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein                         |
| eine Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein                         |
| Rheuma                      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein                         |
| Tuberkulose                 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein                         |
| HIV (Aids)                  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein                         |
| Hepatitis                   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein                         |
| Wenn ja, welcher Typ?       | <input type="checkbox"/> A  | <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C |
| Allergien                   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein                         |
| Wenn ja, wogegen?           | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein                         |
- 

Sonstige Infektionen/Erkrankungen:

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

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

### Medikamente – Nehmen Sie ...

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Herzmedikamente                                  | <input type="checkbox"/> Cortison (Kortikoide) |
| <input type="checkbox"/> Schmerzmittel                                    | <input type="checkbox"/> Antidepressiva        |
| <input type="checkbox"/> blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar, ASS? |  |
| <input type="checkbox"/> 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                             | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Fühlen Sie sich psychisch stark belastet?                | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Rauchen Sie?   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Besteht Interesse an einer risikoarmen Lachgassedierung? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

### Fragen / Anmerkungen:

---



---



---



---

Datum

Unterschrift