

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

Straße / Nr. \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Tel. privat \_\_\_\_\_ Tel. mobil \_\_\_\_\_

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

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

gesetzlich versichert  ja  nein      privat versichert  ja  nein      Basistarif  ja  nein

Zusatzversicherung  ja  nein      beihilfeberechtigt  ja  nein

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

Name / Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße / Nr. \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_

#### Wer ist Ihr Hausarzt?

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

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

#### Hinweise zur Organisation

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte sagen Sie ihn mindestens 24 Stunden vorher ab.

#### 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 unseren Praxisnewsletter per E-Mail erhalten?  ja  nein

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

- bitte wenden -

## 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 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  
 Diabetes     ja     nein  
 Zahnfleischbluten                                       ja     nein  
 Ohrensausen / Tinnitus                               ja     nein  
 Epilepsie     ja     nein  
 Grünen Star     ja     nein  
 Tuberkulose     ja     nein  
 HIV (Aids)     ja     nein  
 Hepatitis     ja     nein  
 Wenn ja, welcher Typ?                       A     B     C  
 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?  
 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:

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

Datum

Unterschrift