



# 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.

## Persönliches

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

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

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Tel. Festnetz \_\_\_\_\_ Tel. mobil \_\_\_\_\_

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

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

gesetzlich versichert  ja  nein Zusatzversicherung  ja  nein

privat versichert  ja  nein beihilfeberechtigt  ja  nein Basistarif  ja  nein

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

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

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

## Wer ist Ihr Hausarzt?

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

Telefon \_\_\_\_\_

## Hinweise zur Organisation

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

## 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 gen 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

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



# 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  
 Knirschen / Pressen / Bruxismus

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

- Kreislauf                             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                              Typ1  Typ2

HBA1c Wert: \_\_\_\_\_

- Zahnfleischbluten                 ja     nein  
Ohrensausen / Tinnitus          ja     nein  
Osteoporose                         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? \_\_\_\_\_

eine Gelenkprothese              ja     nein  
(z.B. künstliches Knie- oder Hüftgelenk)

Wenn ja, wo genau? \_\_\_\_\_

MRSA                                 ja     nein  
(therapieresistenter Krankenhauskeim)

## Sonstige Infektionen / Erkrankungen:

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

- Stents                                 Bypass  
 Herzschrittmacher                 Herzinfarkt  
 Herzklappenentzündung         künstliche Herzklappe  
 Angina Pectoris                     \_\_\_\_\_

## 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

Rauchen Sie?                         ja                                         nein

Wenn ja, wie viele Zigaretten / Tag?

---

---

## Fragen / Anmerkungen:

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

Datum

Unterschrift