



## 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\*  Geburtstag/-Ort\*

Straße / Nr.\*  PLZ / Ort\*

Tel. privat\*  Tel. mobil

E-Mail  Beruf\*

Krankenkasse\*

Gesetzlich versichert\*  ja  nein Privat versichert\*  ja  nein Basistarif\*  ja  nein

Zusatzversicherung\*  ja  nein Beihilfeberechtigter\*  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 Organisation

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

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

\* Pflichtangaben

- bitte wenden -



**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"/> 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 littten 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 |

**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                      |
| Grünen Star                 | <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, wogegen?

---

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 |

**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?             | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Fühlen Sie sich psychisch stark belastet? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Rauchen Sie?                              | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Schnarchen Sie?                           | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

**Fragen / Anmerkungen:**

---

---

---

---

---

Datum

Unterschrift