



Anamnesebogen

Angaben zum allgemeinen Gesundheitszustand

Lieber Patient, liebe Patientin,

herzlich Willkommen in unserer Praxis. Wir bitten Sie, uns einige Informationen für unsere Verwaltung zu geben. Sollten Sie **Röntgenbilder** mitgebracht haben oder einen Allergiepass besitzen, so geben Sie diese bitte am Empfang ab.

Name / Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ Wohnort

Telefon privat

Telefon geschäftlich

Mobil

E-Mail

überwiesen von

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass wir Ihre Daten in unserer EDV bearbeiten. Selbstverständlich unterliegt alles, was Sie uns mitteilen, der ärztlichen Schweigepflicht.

empfohlen von

Krankenkasse

selbst versichert

versichert mit

Ehemann / Ehefrau

Vater / Mutter

Beruf

Arbeitgeber

Hausarzt

Was ist der Grund für Ihren heutigen Besuch bei uns?

Kontrolle

Zahnschmerzen

Zahnfleischbluten

Sonstiges

Bitte helfen Sie uns, damit wir Ihnen bei der Behandlung die bestmögliche medizinische Betreuung zukommen lassen können. Um gesundheitliche Risiken zu vermeiden, ist es wichtig, dass Sie alle folgenden Fragen gewissenhaft beantworten.

Wurden Sie schon einmal im Kopfbereich (*also an den Zähnen, an den Nebenhöhlen, am Hals, an der Nase oder an den Ohren*) geröntgt?

Nein Ja

Wenn ja, wann? _____

Bei welchem Arzt oder in welchem Krankenhaus?

Sind oder waren Sie in der letzten Zeit in ärztlicher Behandlung?

Nein Ja

Wenn ja, weshalb und wo? _____

Gab es bei Ihnen schon einmal Komplikationen bei einer Spritze zur örtlichen Betäubung?

Nein Ja

Wenn ja, welche? _____

Sind bei Ihnen Zwischenfälle während oder nach einer Zahnbehandlung aufgetreten?

Nein Ja

Ohnmacht

Wundheilungsstörungen

Atemnot

Nachblutungen

Krämpfe

Sind in Ihrer Familie Blutungsneigungen oder Blutgerinnungsstörungen bekannt?

Nein Ja

Leiden Sie unter häufigem Nasenbluten, Blutergüssen auch ohne Verletzung bzw. nach leichter Berührung oder unter Gerinnungsstörungen?

Nein Ja

Haben oder hatten Sie jemals Zahnfleischbluten?

Nein Ja

Sind Sie am Herz-Kreislauf-System erkrankt?

Nein Ja

hoher/niedriger Blutdruck

Blutarmut (*Anämie*)

Angina pectoris

Herzfehler

Infarkt

Endokarditis

sonstiges

Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?

Nein Ja

Allergien:

Heuschnupfen Asthma Nesselfieber

Hautausschläge

Unverträglichkeiten:

Nahrungsmittel Schmerzmittel

Medikamente (z.B. *Penicillin, Aspirin*)

Pflaster Latex

örtliche Betäubungsmittel

andere

Tragen Sie einen Herzschrittmacher oder eine künstliche Herzklappe?

Nein Ja

Falls Sie einen Schrittmacherausweis besitzen, bitte vorlegen.

bitte wenden



Liegt bei Ihnen eine Erkrankung der Schilddrüse vor?

- Nein Ja
 Überfunktion Unterfunktion

Liegen chronische Erkrankungen vor?

- Nein Ja Gicht
 Nieren (*Dialyse*) Magen-Darm-Trakt
 Lungen Bronchien (*Asthma*)
 Leber Grüner Star (*Glaukom*)
 Gelenke (*Rheuma*) Knochenerkrankung (*Osteoporose*)
 andere

Leiden Sie an Epilepsie (*Anfallsleiden*), Nervenerkrankungen (z.B. *Trigeminusneuralgie*), Migräne?

- Nein Ja

Sind Sie Diabetiker? Spritzen Sie Insulin oder nehmen Sie „Zucker-tabletten“?

- Nein Ja

Falls Sie einen Diabetikerausweis besitzen, bitte vorlegen.

Leiden Sie an einer akuten oder chronischen Infektionskrankheit?

- Nein Ja
 Tuberkulose Lebererkrankung
 HIV/AIDS (*Gelbsucht/Hepatitis*)
 andere

Trinken Sie Alkohol?

- Nein Ja
 gelegentlich regelmäßig

Rauchen Sie?

- Nein Ja
Wenn ja, was? _____

Wieviel / Tag? _____ Seit _____ Jahren.

Falls nein: Seit wann Nichtraucher? Seit _____ Jahren.

Sind Sie zur Zeit schwanger?

- Nein Ja
 Wenn ja, in welcher Woche? _____ Woche

Waren Sie in den letzten 2 Jahren im Krankenhaus?

- Nein Ja
Wenn ja, weshalb? _____

Haben oder hatten Sie jemals Tumorerkrankungen (*Bestrahlung / Chemotherapie*)?

- Nein Ja

Leiden Sie an einer gesundheitlichen Einschränkung, die hier nicht aufgeführt ist?

- Nein Ja
Wenn ja, welche? _____

Um Ihren Bedürfnissen möglichst umfassend zu entsprechen, beschreiben Sie bitte, was Sie sich von Ihrer Zahnbehandlung erwarten. Was ist für Sie wichtig? Welches sind Ihre Hoffnungen oder vielleicht Befürchtungen? Was wünschen Sie sich langfristig für Ihre Zähne? **Bitte seien Sie ganz offen, wir werden bestimmt eine Lösung finden, die für Sie ganz persönlich richtig ist!**

Wünschen Sie über unser Mundgesundheits-Programm informiert zu werden?

- Ja Nein

Wünschen Sie, von uns über neue und bessere zahnmedizinische Behandlungsmethoden informiert zu werden, auch wenn diese Leistungen von den Krankenkassen nicht oder nur teilweise übernommen werden?

- Ja Nein

Datum

Unterschrift