

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

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

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

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 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.

### 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

# Anamnesebogen

## 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
- Kieferschmerzen / Kiefergelenkschmerzen

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

- |                    |                          |                            |
|--------------------|--------------------------|----------------------------|
| 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                      |
| Osteoporose  | <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                      |
| 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? _____  |                          |   |
| eine Gelenkprothese<br>(zB. künstliches Knie- oder Hüftgelenk) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein                      |
| Wenn ja, wo genau? _____                                       |                          |   |

## Sonstige Infektionen / Erkrankungen:

---

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

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> Stents                | <input type="radio"/> Bypass                |
| <input type="radio"/> Herzschrittmacher     | <input type="radio"/> Herzinfarkt           |
| <input type="radio"/> Herzklappenentzündung | <input type="radio"/> künstliche Herzklappe |
| <input type="radio"/> Angina Pectoris       | <input type="radio"/>                       |
- 

## 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

## Fragen / Anmerkungen:

---

---

Datum

Unterschrift