

ANAMNESEBOGEN



Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient _____
falls _____
familienversichert _____

Name _____ Vorname _____ Geb. _____

Name _____ Vorname _____ Geb. des Versicherten _____

Anschrift _____
Straße _____ Nr. _____ Tel./tagsüber und mobil _____

Postleitzahl _____ Ort _____ E-Mail _____

versichert bei _____

<input type="checkbox"/> privat	<input type="checkbox"/> gesetzlich	
Beihilfe	freiwillig (Kostenerstattung)	besteht Zusatzversicherung
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Beruf, Arbeitgeber _____

Bestellpraxis: Hinweis zur Organisation

Wir werden, falls erforderlich, gleich mehrere Termine für Sie reservieren. Dies erspart Ihnen lange Wartezeiten und wir sind am vereinbarten Termin nur für Sie da. Qualitätsarbeit ist nur ohne Zeitdruck möglich. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir nicht eingehaltene Termine, die nicht 24 Stunden vorher abgesagt werden, berechnen müssen.

Recall:
Zur Gesundheitserhaltung meiner Zähne wünsche ich regelmäßig an einen Vorsorge- und Prophylaxetermin erinnert zu werden, bevorzugt per

SMS
 E-Mail

Die Praxis wurde mir empfohlen von: _____

Mundgesundheitsituation:

Haben Sie ein bestimmtes Anliegen, welches Sie in unsere Praxis führt?

Vorsorgeuntersuchung Beratung Schmerzbehandlung
 Neuer Zahnersatz Überweisung vom Zahnarzt Zweite Meinung
 Sonstiges _____

Sind Sie mit der Stellung, Farbe und Form Ihrer Zähne zufrieden? Ja Nein
Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen? Ja Nein
Haben Sie Zahnfleischprobleme? Blutungen beim Zähneputzen? Zahnfleischrückgang? Ja Nein
Bemerken Sie Mundgeruch oder einen schlechten Geschmack im Mund? Ja Nein
Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig professionell gereinigt (PZR/Prophylaxe)? Ja Nein
Haben Sie noch Fragen oder ein besonderes Anliegen? _____

– Bitte Rückseite beachten –



Ärztliche Behandlung:

Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?
Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?

Ja Nein

Hausarzt/Facharzt:

Name, Adresse und Telefonnummer

Medikamente (auch Psychopharmaka):

Welche Medikamente oder Infusionen erhalten Sie?
(z.B. Blutverdünner, Bisphosphonate o.ä.)

Herz-/Kreislauf:

Haben/Hatten Sie Erkrankungen am Herzen?
(z.B. künstl. Herzklappe)

Ja Nein

Welche?

Ist Ihr Blutdruck hoch niedrig normal

Allergien:

Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit?

Besitzen Sie einen Allergiepass? Ja Nein

Stoffwechselerkrankungen:

Zuckerkrankheit (Diabetes)? Ja Nein
Magen-Darmerkrankungen? Ja Nein
Schilddrüsenerkrankungen? Ja Nein
Reflux? Ja Nein

Sonstiges?

Erkrankungen des Nervensystems:

Epileptische Anfälle? Ja Nein
Krämpfe? Ja Nein

Sonstiges?

Bluterkrankungen:

Blutungsneigung (Hämophilie)? Ja Nein
Blutarmut (Anämie)? Ja Nein

Sonstiges?

Infektionskrankheiten:

Hepatitis A/B/C? Ja Nein
Tuberkulose? Ja Nein
Chron. Erkrankungen der Atemwege? Ja Nein
HIV? Ja Nein

Röntgen:

Wurden im letzten Jahr Aufnahmen im Kopf-Kiefer-Zahnbereich angefertigt?

Ja Nein

Wenn ja, wo?

Schwangerschaft:

Wenn ja, in welchem Monat?

Unsere modernen Röntgengeräte gewährleisten eine möglichst geringe Strahlendosis.

Schlafmedizin:

Schnarchen Sie oder wurde bei Ihnen eine Schlafapnoe festgestellt? Ja Nein

Wünschen Sie ggf. eine Beratung zu Behandlungsmöglichkeiten? Ja Nein

Sonstiges:

Rauchen Sie? Ja Nein

Wenn ja, wie viel?

Grüner Star (Glaukom)? Ja Nein

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben zeitnah mit.

Datum, Unterschrift

