

# 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.

## Persönliches

|                         |                       |
|-------------------------|-----------------------|
| _____<br>Name / Vorname | _____<br>Geburtsdatum |
| _____<br>Straße / Nr.   | _____<br>Geburtsort   |
| _____<br>PLZ / Ort      | _____<br>Tel. privat  |
| _____<br>Tel. mobil     | _____<br>E-Mail       |
| _____<br>Beruf          | _____<br>Arbeitgeber  |

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?

|                         |                                    |
|-------------------------|------------------------------------|
| _____<br>Name / Vorname | _____<br>Geburtsdatum / Geburtsort |
| _____<br>Straße / Nr.   | _____<br>PLZ / Ort                 |

Wer ist Ihr Hausarzt?

\_\_\_\_\_  
Name

## Erinnerungsservice

Möchten Sie von uns per Post, E-Mail oder telefonisch an Ihre Vorsorgeuntersuchung, laufende Behandlungstermine oder Prophylaxe in Absprache mit Ihnen erinnert werden?     ja    nein

## 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.

Wir sind eine Bestellpraxis, dies bedeutet für Sie, dass wir uns für Sie Zeit nehmen und entsprechende Vorbereitungs- und Behandlungszeiten für Sie reservieren. Somit kann auch Ihre Wartezeit auf ein Minimum reduziert werden! Sollten Sie verhindert sein, sagen Sie Ihren Termin doch bitte mindestens 24 Stunden vorher ab. Somit haben wir noch Zeit diesen geblockten Termin einem anderen Patienten zur Verfügung zu stellen.

# Anamnesebogen

## Röntgen

Wann wurden Sie zuletzt im  
Kopf-/Kieferbereich geröntgt? \_\_\_\_\_  
Besitzen Sie einen Röntgenpass?  Ja  Nein

## Für Patientinnen

Besteht eine Schwangerschaft  Ja  Nein  
Wenn ja, welche Woche/welcher Monat? \_\_\_\_\_

## Allgemeine Gesundheitsfragen

Befinden Sie sich in ständiger ärztlicher  
Behandlung? Wenn ja, warum? \_\_\_\_\_  
Bekommen Sie schnell blaue Flecken?  Ja  Nein  
Leiden Sie unter schlecht  
heilenden Wunden?  Ja  Nein  
Leiden Sie an längeren Blutungen  
nach Verletzungen?  Ja  Nein  
Knirschen Sie  Ja  Nein  
Sind Sie morgens oft müde und  
unausgeschlafen?  Ja  Nein  
Tragen Sie einen Aufbissbehelf/Schiene?  Ja  Nein

## Herz-, Kreislaufferkrankungen

Niedriger Blutdruck  Ja  Nein  
Hoher Blutdruck  Ja  Nein  
Herzschrittmacher  Ja  Nein  
Endokarditis  Ja  Nein  
Herzklappenersatz  Ja  Nein  
Angina Pectoris  Ja  Nein  
Schlaganfall  Ja  Nein  
Gerinnungsstörung  Ja  Nein  
Besitzen Sie einen Herzpass?  Ja  Nein  
Herzinfarkt  Ja  Nein  
Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_  
Herzfehler  Ja  Nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

## Vegetative und Chronische Erkrankungen

Schwindel  Ja  Nein  
Ohnmacht  Ja  Nein  
Asthma  Ja  Nein  
Diabetes  Ja  Nein  
Magen-Darm-Erkrankungen  Ja  Nein  
Nierenerkrankungen  Ja  Nein  
Rheuma  Ja  Nein  
Ohrensausen / Tinnitus  Ja  Nein  
Glaukom (grüner Star)  Ja  Nein  
COPD  Ja  Nein  
Epilepsie  Ja  Nein  
Multiple Sklerose (MS)  Ja  Nein  
Depression  Ja  Nein  
Osteoporose  Ja  Nein  
Fühlen Sie sich körperlich stark belastet?  Ja  Nein  
Fühlen Sie sich psychisch stark belastet?  Ja  Nein  
Schilddrüsenerkrankungen  Ja  Nein  
 Überfunktion  Unterfunktion

Tumorleiden  Ja  Nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
Wurde es operiert?  Ja  Nein  
Chemotherapie  Ja  Nein  
Bestrahlung  Ja  Nein

## Infektionskrankheiten

HIV  Ja  Nein  
Hepatitis (A, B, C)  Ja  Nein  
Tuberkulose  Ja  Nein

## Nehmen Sie regelmäßig

Blutgerinnungshemmer (z.B. ASS, Marcumar)  
 Herzmedikamente  
 Schmerzmittel  
 Cortison  
 Antidepressiva  
Nehmen Sie sonstige Medikamente ein?  Ja  Nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
Bekommen oder bekamen Sie jemals eine  
Bisphosphonattherapie?  Ja  Nein  
Rauchen Sie?  Ja  Nein  
Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag? \_\_\_\_\_

## Haben Sie einen Allergiepass? Ja Nein

Sind Sie gegen bestimmte Medikamente oder Substanzen  
allergisch (z.B. Schmerzmittel, Penicillin, Jod, Latex,  
Lokalanästhetika)?  Ja  Nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Sind jemals Unverträglichkeiten gegen Spritzen / Medikamente  
beim Zahnarzt aufgetreten?  Ja  Nein  
Wenn ja welche? \_\_\_\_\_

## Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

auf Empfehlung von \_\_\_\_\_  
 Überweisung von \_\_\_\_\_  
 Googlesuche  
 Facebookprofil  
 Praxisschild  
 Telefonbuch  
 Zeitung

Falls wir empfohlen wurden, haben Sie sich im Vorfeld unseren  
Internetauftritt angeschaut?  Ja  Nein

Sind Sie in der Vergangenheit schon einmal bei einem unserer  
Zahnärzte in Behandlung gewesen?  Ja  Nein

## Fragen / Anmerkungen:

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

Datum

Unterschrift