

## 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*	Geburtsstag/-Ort*	
Straße / Nr.*	PLZ / Ort*	
Tel. privat*	Tel. mobil	
E-Mail	Beruf*	
Krankenkasse*		
Gesetzlich versichert* <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Privat versichert* <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Basistarif* <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Zusatzversicherung* <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Beihilfeberechtigter* <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> 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...**

- Routinekontrolle
- Beratung
- Schmerzbehandlung
- neuen Zahnersatz
- „zweite Meinung“
- 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  ja  nein
- Leber  ja  nein
- Nieren  ja  nein
- Schilddrüse  ja  nein
- Magen-Darm-Traktes  ja  nein
- Gelenke (Rheuma)  ja  nein
- Wirbelsäule  ja  nein

**Haben oder hatten Sie ...**

- Hohen Blutdruck  ja  nein
- Niedrigen Blutdruck  ja  nein
- Diabetes  ja  nein
- Zahnfleischbluten  ja  nein
- Ohrensausen / Tinnitus  ja  nein
- Epilepsie  ja  nein
- Grünen Star  ja  nein
- eine Schilddrüsenerkrankung  ja  nein
- Rheuma  ja  nein
- Tuberkulose  ja  nein
- HIV (Aids)  ja  nein
- Hepatitis  ja  nein
- Wenn ja, welcher Typ?  A  B  C
- Allergien  ja  nein

Wenn ja, wogegen?

Sonstige Infektionen / Erkrankungen:

---

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

- eine Herzklappenentzündung
- einen Herzschrittmacher
- Angina Pectoris
- einen Herzinfarkt

**Medikamente – Nehmen Sie ...**

- Herzmedikamente
- blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar, ASS?
- andere Medikamente:
- Cortison (Kortikoide)
- Schmerzmittel
- Antidepressiva

---

---

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?  ja  nein
- Fühlen Sie sich psychisch stark belastet?  ja  nein
- Rauchen Sie?  ja  nein
- Schnarchen Sie?  ja  nein

**Fragen / Anmerkungen:**

---

---

---

---

Datum

Unterschrift