



Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,
Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte beantworten Sie deshalb die nachfolgenden Fragen. Sollten Sie beim Beantworten einzelner Fragen Schwierigkeiten haben, helfen wir Ihnen gerne.

Patient

Name Vorname geb.

Mitglied/ Versicherter

Name Vorname geb.

Anschrift

Straße Nr.

Postleitzahl Ort

Telefon Mobil

Krankenkasse

Freiwillig versichert ja nein Zusatzvers./ Beihilfe

Anschrift Arbeitgeber

Straße Ort Telefon

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrer Gesundheit möglichst genau!

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Allgemeine Anamnese (Zutreffendes bitte unterstreichen)

- | | | |
|-----------------------|-----------------------|---|
| Ja | nein | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 1. Sind Sie zurzeit akut in ärztlicher Behandlung? Name/Anschrift des Hausarztes: |
| | | _____ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 2. Bestehen Allergien (z.B. Heuschnupfen, Metalle, Medikamente, Allergiepass?) Wenn ja, worauf ?: |
| | | _____ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 3. Treten ungewöhnliche Reaktionen auf Spritzen oder Medikamente auf? |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 4. Blutgerinnungsstörungen: (bluten Sie lange bei Verletzungen; Erkrankung blutbildender Organe) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 5. Herzerkrankungen (Infarkt, Angina pectoris/koronare Herzkrankheit (KHK), Herzklappenerkrankung/ Endokarditis, Herzschrittmacher, Herzinsuffizienz, Herzrhythmusstörungen) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 6. Kreislauferkrankung (Bluthochdruck oder niedriger Blutdruck, Schwindel, Durchblutungsstörungen) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 7. Rheuma (Rheumatisches Fieber, akutes Rheuma, Gelenkerkrankung) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 8. Osteoporose |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 9. Lebererkrankung |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 10. Zuckerkrankheit (Diabetes Typ I / II) |

- | Ja | nein | |
|-----------------------|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 11. Atemwegserkrankungen (z.B. Asthma, Bronchitis) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 12. Magen-Darmerkrankungen (z.B. Morbus, Crohn) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 13. Nierenerkrankungen (Niereninsuffizienz, Dialyse) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 14. Schilddrüsenerkrankungen (Hyper- und Hypothyreose) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 15. Augenerkrankung (Glaukom/ grüner Star, grauer Star) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 16. Infektiöse Erkrankungen (TBC, Hepatitis, HIV) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 17. Hautkrankheiten (Schuppenflechte, Pilzkrankungen) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 18. Psychosomatische Erkrankungen (Depressionen, Angstattacken) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 19. Sind Sie Raucher/in? |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 20. Nehmen Sie regelmäßig Drogen zu sich? |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 21. Trinken Sie häufig größere Mengen Alkohol? |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 22. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Welche? |
| | | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 23. Haben Sie eine andere hier nicht aufgeführte Erkrankung? Wenn ja, welche? |
| | | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 24. Patientinnen: Sind Sie schwanger? |

Spezielle Anamnese

Was ist der Grund Ihres Besuches?

- 1. Schmerzbehandlung
- 2. Sanierung
- 3. Beratung oder Kontrolle
- 4. Reparatur des Zahnersatzes
- 5. Durch Überweisung (auf Empfehlung von _____)

- | Ja | nein | |
|-----------------------|-----------------------|--|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 1. Haben Sie Schmerzen an den Zähnen, am Zahnfleisch oder im Gesichtsbereich? Wenn ja, wo/seit wann? |
| | | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 2. Ist Ihre Kaufähigkeit beeinträchtigt? |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 3. Würden Sie sich als Angstpatient bezeichnen? |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 4. Empfinden Sie das Aussehen Ihrer Zähne als Problem (Ästhetik)? |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 5. Haben Sie manchmal Schmerzen/Spannungsgefühl im Kiefergelenk? |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 6. Leiden Sie unter chronischen Kopf-, Hals- oder Schulterschmerzen? |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 7. Benutzen Sie neben Zahnbürste und Zahnpasta noch andere Mundhygienemittel? _____ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 8. Waren Sie in den vergangenen zwei Jahren in zahnärztlicher Behandlung? Adressangabe des Zahnarztes: _____ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 9. Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden? Wenn ja, wann _____ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 10. Haben Sie regelmäßig eine zahnärztliche Prophylaxe durchführen lassen? |

Ich werde hiermit darauf aufmerksam gemacht, dass meine Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr unter dem Einfluss von Injektionen sowie Medikamenten, die mir vor, während und nach der Behandlung verabreicht werden, unter den Umständen 24 Stunden beeinträchtigt sein kann.

Jede Veränderung des Allgemeinzustandes muss umgehend dem Behandler mitgeteilt werden.

Zudem verpflichte ich mich, vereinbarte Termin einzuhalten bzw. mindestens zwei Tage vorher abzusagen. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine können in Rechnung gestellt werden.

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung und Bearbeitung meiner Daten einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift (Patient/in)