

## ANAMNESEBOGEN

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	Geburtsdatum
Straße / Nr.	PLZ / Ort
Tel. privat	Tel. mobil
E-Mail	Beruf
Krankenkasse	

gesetzlich versichert	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	privat versichert	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Basistarif	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Zusatzversicherung	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	beihilfeberechtigt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		

### Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name / Vorname	Geburtsdatum
Straße / Nr.	PLZ / Ort

### Wer ist Ihr Hausarzt?

Name	PLZ / 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?

<input type="checkbox"/> von Bekannten empfohlen	<input type="checkbox"/> Telefon- / Branchenbuch	<input type="checkbox"/> Zeitungsanzeige
<input type="checkbox"/> Überweisung von		
<input type="checkbox"/> Internet, über die Seite von	<input type="checkbox"/> Sonstiges	

Falls wir empfohlen wurden, haben Sie sich im Vorfeld unseren Internetauftritt angeschaut?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Möchten Sie von uns per SMS, E-Mail oder telefonisch an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnert werden?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

## ANAMNESEBOGEN

Warum suchen Sie uns auf? Wünschen Sie eine/n ...

<input type="checkbox"/> Routinekontrolle	<input type="checkbox"/> neuen Zahnersatz
<input type="checkbox"/> Beratung	<input type="checkbox"/> „zweite Meinung“
<input type="checkbox"/> Schmerzbehandlung	<input type="checkbox"/> andere Gründe:

Haben Sie akute Schmerzen? ja  nein

Wenn ja, wie äußern sich diese?

<input type="checkbox"/> Dauerschmerz
<input type="checkbox"/> Zähne reagieren auf süß / sauer
<input type="checkbox"/> Manche Zähne sind temperaturempfindlich
<input type="checkbox"/> Zähne schmerzen bei Belastung oder Kauen
<input type="checkbox"/> Zähne schmerzen auch ohne Belastung
<input type="checkbox"/> Schmerzen und Entzündungen am Zahnfleisch
<input type="checkbox"/> Kieferschmerzen / Kiefergelenkschmerzen

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

Herzens oder Kreislaufs	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Leber	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Nieren	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Schilddrüse	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Magen-Darm-Traktes	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Gelenke [Rheuma]	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Wirbelsäule	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Haben oder hatten Sie ...

hohen Blutdruck	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
niedrigen Blutdruck	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
einen Schlaganfall?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Diabetes	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Zahnfleischbluten	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Ohrensausen / Tinnitus	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Epilepsie	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Grünen Star	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
eine Schilddrüsenerkrankung	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Rheuma	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Tuberkulose	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
HIV [Aids]	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Hepatitis	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welcher Typ?	a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/>
Allergien	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, wogegen?	
Sonstige Infektionen / Erkrankungen:	

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie ...

<input type="checkbox"/> eine Herzklappenentzündung	<input type="checkbox"/> Angina Pectoris
<input type="checkbox"/> einen Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> einen Herzinfarkt

Medikamente: Nehmen Sie ...

<input type="checkbox"/> Herzmedikamente	<input type="checkbox"/> Cortison [Kortikoide]
<input type="checkbox"/> Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> Antidepressiva
<input type="checkbox"/> blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar, ASS?	
andere Medikamente:	
Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Wenn ja, gegen welche?	

Für unsere Patientinnen

Sind Sie schwanger?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, in welcher Woche?	

Zum Schluss

Knirschen Sie mit den Zähnen?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Fühlen Sie sich psychisch stark belastet?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Rauchen Sie?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Tagesmüdigkeit?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Schnarchen Sie?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Fragen / Anmerkungen:


Datum:	Unterschrift: