

## ANAMNESEBOGEN

Wir freuen uns sehr über Ihren Besuch in unserer Praxis. Damit wir Sie optimal behandeln können, benötigen wir einige Auskünfte zu Ihrer Person und zu Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Auch Allgemeinerkrankungen können einen Einfluss auf Ihre Zahngesundheit und die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten haben. Alle Angaben unterliegen natürlich der ärztlichen Schweigepflicht.

### Persönliches

\_\_\_\_\_  
Name / Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße / Nr.

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl / Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon privat

\_\_\_\_\_  
Telefon Arbeit

\_\_\_\_\_  
E-Mail

\_\_\_\_\_  
Beruf / Arbeitgeber

### Versicherung

\_\_\_\_\_  
Krankenkasse

gesetzlich versichert  ja  nein

privat versichert  ja  nein

Basistarif  ja  nein

Zusatzversicherung  ja  nein

Beihilfeberechtigt  ja  nein

Wenn Sie als Patient nicht selbst Mitglied der Krankenkasse sind, nennen Sie bitte auch die Daten des Versicherungsnehmers:

\_\_\_\_\_  
Name / Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße / Nr.

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl / Ort

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient / Zahlungspflichtiger

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient / Zahlungspflichtiger

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient / Zahlungspflichtiger

**Bitte wenden!** 

## Allgemeine Gesundheitssituation

### Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen

- hoher Blutdruck  ja  nein  
 niedriger Blutdruck  ja  nein  
 Blutgerinnungsstörungen  ja  nein  
 Herzerkrankungen  ja  nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

- Schlaganfall  ja  nein  
 Diabetes  ja  nein

HbA1c-Wert: \_\_\_\_\_

- Zahnfleischbluten  ja  nein  
 Ohrensausen / Tinnitus  ja  nein  
 Epilepsie  ja  nein  
 Grünen Star  ja  nein  
 Schilddrüsenerkrankung  ja  nein  
 Rheuma  ja  nein  
 Tuberkulose  ja  nein  
 HIV (Aids)  ja  nein  
 Krankenhauskeim MRSA  ja  nein  
 Osteoporose  ja  nein  
 Hepatitis  ja  nein

Wenn ja, welcher Typ?  A  B  C

- Allergien  ja  nein

Wenn ja, wogegen? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sonstige Erkrankungen

\_\_\_\_\_

### Welche Medikamente nehmen Sie

- Herzmedikamente  
 Schmerzmittel  
 blutverdünnende Medikament  
 Antidepressiva  
 Cortison (Kortikoide)  
 Bisphosphonate  
 andere Medikamente:

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen  
 Medikamente oder Spritzen aufgetreten  ja  nein

Wenn ja, gegen welche?  
 \_\_\_\_\_

### Tragen Sie

- einen Herzschrittmacher  ja  nein  
 einen Defibrillator  ja  nein

### Eine Frage an unsere Patientinnen

Sind Sie schwanger?  ja  nein

Wenn ja, in welcher Woche? \_\_\_\_\_

**Haben Sie einen Röntgenpass?**  ja  nein

**Sind Sie Raucher**  ja  nein

Anzahl der Zigaretten am Tag:  <10  ≥10

**Stehen Sie unter Betreuung?**  ja  nein

## Zahngesundheit

### Welches Anliegen führt Sie in unsere Praxis?

- Vorsorgeuntersuchung  Beratung  Schmerzbehandlung  Neuer Zahnersatz  Überweisung  Zweite Meinung  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

Sind Sie mit der Stellung Ihrer Zähne zufrieden?  ja  nein

Knirschen Sie mit den Zähnen?  ja  nein

Haben Sie Zahnfleischprobleme? (Blutungen, Zahnfleischrückgang)  ja  nein

Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund?  ja  nein

Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig untersucht?  ja  nein

Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig professionell gereinigt?  ja  nein