



# 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. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht unserer Praxis.

### PERSÖNLICHES

Name / Vorname: ..... Geburtsdatum: .....

Geburts-/Mädchenname: ..... Geburtsort: .....

Straße / Hausnr.: ..... PLZ / Ort: .....

Tel.: ..... Mobil: .....

E-Mail: ..... Beruf: .....

Krankenkasse: .....

Gesetzlich versichert:  ja  nein Zusatzversicherung:  ja  nein Basistarif:  ja  nein

Privat versichert:  ja  nein wenn privat vers., Satz  bis 3,5  über 3,5 Beihilfeberechtigt:  ja  nein

### WENN SIE NICHT SELBST KRANKENVERSICHERT SIND, WER IST VERSICHERTER?

Name / Vorname: ..... Geburtsdatum: .....

Straße / Hausnr.: ..... PLZ / Ort: .....

### WER IST IHR HAUSARZT?

Name / Vorname: ..... PLZ / Ort: .....

Tel.: .....

### HINWEISE ZUR ORGANISATION / ZU IHREM TERMIN

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte sagen Sie ihn mindestens 24 Stunden vorher ab.

Möchten Sie eine SMS-Terminerinnerung?  ja  nein

### IN EIGENER SACHE

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

von Bekannten empfohlen Name: .....  Zeitungsanzeige  Telefon- / Branchenbuch

Klinkisch Webseite  Facebook  Andere Webseite: .....

Überweisung von: .....  Sonstiges: .....

Falls wir empfohlen wurden, haben Sie sich im Vorfeld unseren Internetauftritt angeschaut?  ja  nein

Sind Sie über ein Bewertungsportal wie z.B. Jameda auf uns aufmerksam geworden?  ja  nein

wenn ja, welches? .....

Möchten Sie unseren Praxisnewsletter mit Tipps zur Zahngesundheit per E-Mail erhalten?  ja  nein

Möchten Sie von uns an Ihre halbjährliche Vorsorgeuntersuchung erinnert werden?  ja  nein

wenn ja, per  Telefon  E-Mail  Post  SMS

### WARUM SUCHEN SIE UNS AUF?

- Routinekontrolle
- Beratung
- Schmerzbehandlung
- Sonstiges: .....
- neuer Zahnersatz
- „zweite Meinung“

### HABEN SIE AKUTE SCHMERZEN?

- ja
- nein

### WENN JA, WIE ÄUSSERN SIE SICH?

- Dauerschmerz
- Zähne reagieren auf süß / sauer
- Zähne sind temperaturempfindlich
- Zähne schmerzen bei Belastung oder Kauen
- Schmerzen oder Entzündung am Zahnfleisch
- Kiefer- / Kiefergelenkschmerzen

### LEIDEN ODER LITTEN SIE AN ERKRANKUNGEN DER / DES ...

- |                         |                          |                            |
|-------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Herzens oder Kreislaufs | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Leber                   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Nieren                  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Schilddrüse             | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Magen-Darm-Traktes      | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Gelenke (Rheuma)        | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Wirbelsäule             | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

### HABEN ODER HATTEN SIE ...

- |                             |                          |                            |
|-----------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Hohen Blutdruck             | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Niedrigen Blutdruck         | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Diabetes                    | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Zahnfleischbluten           | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Ohrensausen / Tinnitus      | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Epilepsie                   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Grüner Star                 | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| eine Schilddrüsenerkrankung | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Rheuma                      | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Tuberkulose                 | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| HIV (Aids)                  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Allergien                   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

Wenn ja, welche?

Hepatitis

Wenn ja, welche Form?  A  B  C

Sonstige Infektionen / Erkrankung:

### ZU IHREM HERZEN: HABEN ODER HATTEN SIE ...

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

### MEDIKAMENTE - NEHMEN SIE ...

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

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten?  ja  nein  
Wenn ja, welche?

### FÜR UNSERE PATIENTEN

Sind Sie schwanger?  ja  nein

Wenn ja, in welcher Woche? .....

Sind Sie Angstpatient?  ja  nein

Für welche unserer Leistungen interessieren Sie sich?

- Laser
- Behandlung in Vollnarkose
- Kinderzahnheilkunde
- Wurzelbehandlungen (Endodontie)
- Implantologie
- CAD/CAM
- Chirurgie
- Parodontologie
- Prophylaxe
- Lachgas
- Bleaching
- Zahnersatz

### ... ZUM SCHLUSS:

Knirschen Sie mit den Zähnen?  ja  nein

Fühlen Sie sich psychisch stark belastet?

ja  nein

Rauchen Sie?  ja  nein

### FRAGEN / ANMERKUNGEN:

Datum

Unterschrift