

### ANAMNESEBOGEN

#### Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig, sie sind sehr wichtig, um Behandlungen zu planen und mögliche Komplikationen zu vermeiden. Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes.

**Patient**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

**Versichert durch**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

**Anschrift**

Straße \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_ Telefon privat / tagsüber \_\_\_\_\_

Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_ E-Mail Adresse \_\_\_\_\_

**gesetzl. Krankenkasse** \_\_\_\_\_  ggf. Zahnzusatzversicherung

**private Versicherung** \_\_\_\_\_  Beihilfe  Normaltarif 3,5  Grundtarif 2,0

**Beruf** \_\_\_\_\_

**Ihr Hausarzt** \_\_\_\_\_

#### Hinweis zur Organisation

Wir werden, falls erforderlich, gleich mehrere Termine für Sie reservieren. Dies erspart Ihnen lange Wartezeiten. Qualitätsarbeit ist nur ohne Zeitdruck möglich. Wir bitten Sie daher, Termine, die Sie nicht wahrnehmen können, spätestens 24 Stunden vorher abzusagen. Dies gibt uns die Möglichkeit, diese Termine anderweitig zu besetzen. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir nicht rechtzeitig abgesagte Termine ggf. in Rechnung stellen.

#### Wünschen Sie Informationen zu den Themen:

- Alternativen zu Amalgamfüllungen  Ja  Nein
- Verbesserung von Zahnform und -farbe (wenn ja, z.B. durch Keramikverblendschalen (Veneers))  Ja  Nein
- Wünschen Sie Zahnersatz?  Ja  Nein
- Wünschen Sie Implantate?  Ja  Nein
- Wünschen Sie insbesondere über unser intensives Prophylaxe Programm informiert zu werden?  Ja  Nein

**Ihr Hauptanliegen:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### Auf wessen Empfehlung kommen Sie zu uns?

\_\_\_\_\_

- Wann war Ihre letzte Zahnbehandlung? \_\_\_\_\_ abgeschlossen?  Ja  Nein
- Haben Sie zurzeit Zahnschmerzen?  Ja  Nein Blutet Ihr Zahnfleisch?  Ja  Nein
- Sind Zähne gelockert?  Ja  Nein Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?  Ja  Nein
- Schnarchen Sie?  Ja  Nein Leiden Sie an Mundgeruch?  Ja  Nein
- Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?  Ja  Nein

## Hatten oder haben Sie Erkrankungen folgender Art?

**Asthma**  Ja  Nein

**HIV**  Ja  Nein

**Tuberkulose**  Ja  Nein

**Blutungsneigungen**  Ja  Nein

**Rheuma**  Ja  Nein

**Schwindel** (Störung des Gleichgewichtssinnes)  Ja  Nein

**Niedriger Blutdruck**  Ja  Nein

**Hoher Blutdruck**  Ja  Nein

**Diabetes (Zuckerkrankheit)**  Ja  Nein

Insulinpflichtig?  Ja  Nein

**Schilddrüsenerkrankungen**  Ja  Nein  
(z.B. Über- oder Unterfunktionen, Hashimoto)

**der Leber**  Ja  Nein  
(z.B. Gelbsucht, Leberzirrhose)

**der Niere**  Ja  Nein

**Anfallsleiden**  Ja  Nein  
(Epilepsie, MS, Parkinson)

**Besteht eine Schwangerschaft?**  Ja  Nein

**Raucher**  Ja  Nein

**Alkoholabhängigkeit**  Ja  Nein

**Erkrankungen oder Operationen am Herzen**  Ja  Nein  
(z.B. Herz-Kreislaufkrankungen, Herzinfarkt, Angina Pectoris, Endokarditis/Klappenfehler)

**Einsatz von Endoprothesen bzw. Implantaten?**  Ja  Nein  
(z.B. Herzklappe, Hüfte, Knie, Herzschrittmacher, Stent)

Wenn ja, welche und wann? \_\_\_\_\_

**Bekommen oder bekamen Sie jemals eine Bisphosphonat-Therapie?**  Ja  Nein

Wann erfolgte die Einnahme und welcher Art? \_\_\_\_\_

**Krebs- und Tumorerkrankungen**  Ja  Nein

Wenn ja, welche Art? \_\_\_\_\_

Hatten Sie eine Chemotherapie?  Ja  Nein

Wann fand die Therapie statt? \_\_\_\_\_

**Leiden Sie an nicht aufgezählten Erkrankungen?**  Ja  Nein

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

**Sind jemals Unverträglichkeiten gegen Spritzen/Medikamente beim Zahnarzt aufgetreten?**  Ja  Nein

**Haben Sie Allergien? Besitzen Sie einen Allergiepass?**  Ja  Nein

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

**Nehmen Sie zurzeit regelmäßig Medikamente ein? Besitzen Sie einen Arzneimittelpass?**  Ja  Nein

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

Erfolgten im letzten Jahr Röntgenaufnahmen im Mund- oder Kieferbereich?  Ja  Nein

Ziehen Sie eine Behandlung unter örtlicher Betäubung vor?  Ja  Nein

Ich bin unterrichtet, dass Injektionen die Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen können. Ich versichere, jede Veränderung meiner Angaben vor einer weiteren Behandlung mitzuteilen. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben zu meinem Gesundheitszustand und willige in die Erhebung und elektronische Speicherung sowie Nutzung meiner persönlichen Daten ein. *Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Ihre Praxis Dr. Preusse & Partner*

Möln, den \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_