

# Anamnesebogen

## Patientendaten:

\_\_\_\_\_  
Nachname, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Geburtsname

\_\_\_\_\_  
Geburtsort

\_\_\_\_\_  
Straße Haus-Nr., PLZ-Wohnort

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

\_\_\_\_\_  
Handynummer

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

\_\_\_\_\_  
Beruf

\_\_\_\_\_  
Telefon (geschäftlich)

Krankenkasse

Krankenkasse

**gesetzlich:** \_\_\_\_\_

**privat:** \_\_\_\_\_

Freiwillig versichert

Basis versichert

Private Zahnzusatzversicherung

Beihilfeberechtigt

\_\_\_\_\_  
**Versicherter** Nachname, Vorname – wenn Patient familienversichert

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
**Gesetzlicher Betreuer (falls vorhanden!)** Nachname, Vorname

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

Was ist der Grund Ihres Zahnarztbesuches? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Was erwarten Sie von der Behandlung? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wodurch sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

# Anamnesebogen

## Zum allgemeinen Gesundheitsstatus:

Allgemeine und zahnmedizinische Erkrankungen können Ihren Gesundheitszustand und die Therapieerfolge durch Wechselwirkungen erheblich beeinflussen. Um diesbezügliche Risiken zu minimieren, ist es notwendig, dass Sie die folgenden Fragen sorgfältig beantworten. Ihr Anamnesebogen wird Ihren persönlichen Unterlagen beigelegt. Diese unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

1. Sind Sie zur Zeit akut in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, seit wann und warum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Name, Ort des Hausarztes

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

2. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

nein

ja, folgende: \_\_\_\_\_

3. Haben Sie jemals Bisphosphonate eingenommen?

nein

ja

4. Nehmen Sie regelmäßig „Blutverdünner“?

nein

ja, folgende: \_\_\_\_\_

(z.B. Marcumar, Aspirin, ASS, sonstige)

5. Besteht eine Schwangerschaft

nein

wenn ja, welcher Monat: \_\_\_\_\_

6. Infektionserkrankungen:

nein

HIV

TBC

Hepatitis B

Hepatitis C

7. Herz-Kreislaufkrankung

nein

ja

8. Hoher Blutdruck

nein

ja

9. Niedriger Blutdruck

nein

ja

10. Haben Sie einen Herzschrittmacher

nein

ja

11. Haben Sie eine künstliche Herzklappe

nein

ja

12. Asthma oder Lungenerkrankung

nein

ja

13. Lebererkrankung

nein

ja

14. Nierenerkrankung

nein

ja

15. Schilddrüsenerkrankung

nein

ja

16. Rheuma

nein

ja

17. Osteoporose

nein

ja

18. Haben Sie ein künstl. Hüft-/Kniegelenk

nein

ja

19. Chronische Magen-Darm-Erkrankung

nein

ja

20. Blutgerinnungsstörung/Blutungsneigung

nein

ja

21. Epilepsie

nein

ja

22. Grüner Star

nein

ja

23. Diabetes

nein

ja

24. Haben oder hatten Sie Allergien?

nein

ja, folgende: \_\_\_\_\_

25. Weitere Erkrankungen: \_\_\_\_\_

## Anamnesebogen

### Zum allgemeinen Gesundheitsstatus:

- |  |                            |  |
|--|----------------------------|--|
| 26. Leiden Sie akut unter Zahnschmerzen?                         | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja, welcher Bereich: _____ |
| 27. Ist Ihre Kaufähigkeit beeinträchtigt?                        | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja                         |
| 28. Leiden Sie unter Zahnfleischbluten?                          | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja                         |
| 29. Knirschen Sie oft mit den Zähnen?                            | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja                         |
| 30. Haben Sie eine „Knirscherschiene“?                           | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja                         |
| 31. Haben Sie Kiefergelenksprobleme?                             | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja                         |
| 32. Leiden Sie unter chr. Kopf-, Nacken- oder Schulterschmerzen? | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja                         |
| 33. Leiden Sie unter Mundgeruch?                                 | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja                         |
| 34. Rauchen Sie mehr als 4 Zigaretten tgl.?                      | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja                         |

### Die folgenden Fragen sind nur für Patienten, die zum ersten Mal in unsere Praxis kommen:

35. In welchen Abständen lassen Sie eine „Professionelle Zahnreinigung“ durchführen?

vierteljährlich       halbjährlich       jährlich

36. Waren Sie in den letzten 2 Jahren in zahnärztlicher Behandlung?

nein       wenn ja, was wurde gemacht? \_\_\_\_\_

Wir sind vom Gesetzgeber verpflichtet die Angaben zur Anamnese aktuell zu halten. Bitte teilen Sie uns deshalb mit, wenn sich etwas an Ihrem Gesundheitszustand bzw. an den Patientendaten verändert hat.

Beachten Sie auch, dass Medikamente und Betäubungsspritzen ihr Reaktionsvermögen im Straßenverkehr beeinträchtigen können.

Bitte sagen Sie vereinbarte Termine so früh wie möglich, **mindestens jedoch 24 Stunden** vorher ab.

Mit der Unterschrift bestätige ich, dass ich die gemachten Angaben nach bestem Wissen und wahrheitsgemäß beantwortet habe.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
(bei Minderjährigen Unterschrift eines  
Erziehungsberechtigten o. ges. Vertreter)