



## 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 und das Wundheilungsverhalten haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

### Persönliches

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

Straße / Nr. .... PLZ / Ort .....

Tel. privat ..... Mobil .....

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

Krankenkasse / private Krankenversicherung .....

gesetzlich versichert  ja  nein privat versichert  ja  nein

Zusatzversicherung  ja  nein beihilfeberechtigt  ja  nein

Basistarif  ja  nein

### Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter? (bei Kindern, der Erziehungsberechtigter)

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

Straße / Nr. .... PLZ / Ort .....

### Wer ist Ihr Hausarzt?

Name ..... Ort .....

Tel. ....

### 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.

### Hinweise zur Organisation

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte geben Sie uns mindestens 48 Stunden vorher Bescheid. Andernfalls müssen wir Ihnen eine Ausfallgebühr nach geltender Satzung berechnen.

### Kostenhinweis

Wie allgemein üblich, berechnen wir Leistungen außerhalb der kassenärztlichen Vertragsrichtlinien nach Aufwand und gemäß der Steigerungssätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ).

### In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

von Bekannten, Freunden empfohlen

Internet, über die Seite .....

Sonstiges .....

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

Möchten Sie von uns per SMS, E-Mail oder telefonisch an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnert werden?  ja  nein

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

- Routinekontrolle
- Beratung
- Schmerzbehandlung
- andere Gründe:
- neuen Zahnersatz
- „zweite Meinung“

.....

**Haben Sie akute Zahnschmerzen?**  ja  nein

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

- Herzens oder Kreislaufs  ja  nein
- Leber  ja  nein
- Nieren  ja  nein
- Schilddrüse  ja  nein
- Magen-Darm-Traktes  ja  nein
- Gelenke (Rheuma)  ja  nein
- Wirbelsäule  ja  nein

**Haben oder hatten Sie ...**

- hohen Blutdruck  ja  nein
- niedrigen Blutdruck  ja  nein
- Diabetes  ja  nein
- Zahnfleischbluten  ja  nein
- Ohrensausen / Tinnitus  ja  nein
- Epilepsie  ja  nein
- Grünen Star  ja  nein
- Tuberkulose  ja  nein
- Osteoporose  ja  nein
- HIV (Aids)  ja  nein
- Hepatitis  ja  nein
- Wenn ja, welcher Typ?  A  B  C
- Corona  ja  nein
- Allergien  ja  nein
- Wenn ja, wogegen?

.....

.....

Sonstige Infektionen / Erkrankungen:

.....

.....

.....

**Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie ...**

- eine Herzklappenentzündung
- einen Herzschrittmacher
- Endokartitis
- Angina Pectoris
- einen Herzinfarkt

**Medikamente: Nehmen Sie ...**

- Herzmedikamente
- Schmerzmittel
- blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar®, ASS?
- Bisphosphate
- andere Medikamente:
- Cortison (Kortikoide)
- Antidepressiva

.....

.....

**Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen**

**Medikamente oder Spritzen aufgetreten?**  ja  nein

Wenn ja, gegen welche?

.....

.....

**Für unsere Patientinnen**

Sind Sie schwanger?  ja  nein

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

**Zum Schluss**

Knirschen Sie mit den Zähnen?  ja  nein

Fühlen Sie sich psychisch stark belastet?  ja  nein

Rauchen Sie?  ja  nein

Wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung Ihrer Zähne?

.....

**Fragen / Anmerkungen**

.....

.....

.....

.....

.....

**Datum, Unterschrift**