



# 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. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

## PERSÖNLICHES

Name	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>	Tel privat / mobil	<input type="text"/>
Straße / Nr.	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>
PLZ / Ort	<input type="text"/>	Krankenkasse	<input type="text"/>
Beruf	<input type="text"/>		

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name, Vorname	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>
Sind Sie Behilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		
Wer ist Ihr Hausarzt / Heilpraktiker?	Name	<input type="text"/>	
Ort	<input type="text"/>	Tel	<input type="text"/>

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Von Bekannten empfohlen  Telefon-/Branchenbuch  Internet, über die Seite

Überweisung von   Sonstiges

Falls Sie eine Empfehlung hatten, haben Sie sich im Vorfeld unseren Internetauftritt angeschaut?  ja  nein

Möchten Sie unseren Praxisnewsletter per E-Mail erhalten?   ja  nein

Möchten Sie von uns an Ihre viertel- oder halbjährlichen Vorsorgeuntersuchungen erinnert werden?  ja  nein

Wenn ja, wie?  Telefon  per Post  SMS  E-Mail

## Hinweise zur Organisation

Unser Praxiskonzept basiert auf einem Termin-Bestellsystem, so dass in Ihrem Interesse kaum Wartezeiten für Sie auftreten. Wir bitten Sie daher, Termine mind. 24 Std. vorher abzusagen, ansonsten behalten wir uns eine Rechnungsstellung für Ausfallzeiten vor.

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

- Routinekontrolle?  Neuen Zahnersatz?  Amalgamsanierung?  „zweite Meinung“?  
 Beratung?  Schmerzbehandlung?  Andere Gründe:

Haben Sie akute Schmerzen?  ja  nein

Wenn ja, wie äußern sich die Schmerzen?

- Dauerschmerz  Zähne reagieren auf süß / sauer  
 Manche Zähne sind temperaturempfindlich  Zähne schmerzen bei Belastung, Kauen  
 Schmerzen oder Entzündungen am Zahnfleisch  Kiefer / Kiefergelenk

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 |
| Ohrensausens / Tinitus  | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Wirbelsäule        | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Migräne                 | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Prostataerkrankung | <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 |
| Epilepsie             | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein                     | Grünen Star         | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Tuberkulose           | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein                     | Gerinnungsstörungen | <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 |
| Hepatitis             | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein                     | Wenn ja, wogegen?   | <input type="text"/>                                |
| Wenn ja, welcher Typ? | <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C |                     |   |

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie ...

- |                            |   |                   |   |
|----------------------------|---|-------------------|---|
| Eine Herzklappenentzündung | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Angina Pectoris   | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Einen Herzschrittmacher    | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Einen Herzinfarkt | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |

Nehmen Sie folgende Medikamente?

- |  |   |                        |   |
|--|---|------------------------|---|
| Herzmedikamente                                  | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Cortision (Kortikoide) | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Schmerzmittel                                    | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Antidepressiva         | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Blutverdünnende Medikamente (z.B. Marcumar, ASS) | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Andere Medikamente     | <input type="text"/>                                |

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

Wenn ja, gegen welche?

Sind Sie schwanger?  ja  nein

In welcher Woche?

Knirschen Sie mit den Zähnen?  ja  nein

Fühlen Sie sich psychisch stark belastet?  ja  nein

Rauchen Sie?  ja  nein

Bemerkungen

Um den Verwaltungsaufwand für Sie so gering wie möglich zu halten, bitten wir Sie darum, Kosten bis zu 150 EUR nach Möglichkeit in bar zu zahlen.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_