

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

einer adäquaten Therapie geht immer eine intensive Anamnese und Befunderhebung voraus. Daher benötigen wir von Ihnen folgende Informationen, um uns individuell auf Sie einzustellen und die Behandlung planen zu können.

Jeder unserer Untersuchungen bzw. Behandlungen geht natürlich das ärztliche Gespräch voraus, in dem Sie Fragen und Unklarheiten klären, sowie Wünsche äußern können.

Die von Ihnen angegebenen Daten werden von uns vertraulich im Rahmen der ärztlichen Schweigepflicht behandelt und nur mit Ihrer Einverständniserklärung an dritte Personen weitergegeben.

Bitte beantworten Sie folgende Fragen sorgfältig.

Vielen Dank!

Ihr Praxisteam

1. Patientendaten

Name	Vorname
Straße / Nr.	PLZ / Ort
Telefon privat	Telefon geschäftlich
Telefon mobil	E-Mail-Adresse
Beruf	Arbeitgeber / Ort
Geburtsdatum	Krankenkasse

Anamnesebogen

Wenn Sie nicht selbst krankenversichert sind, wer ist der Versicherte?

Name	Vorname
------	---------

Geburtsdatum

Falls bei Ihrer Behandlung eine Zuzahlung anfällt: An wen soll die Rechnung gehen?

Name	Vorname
------	---------

Straße / Nr.	PLZ / Ort
--------------	-----------

Sind Sie beihilfeberechtigt? Ja Nein

2. Anliegen

Warum begeben Sie sich in zahnärztliche Behandlung?

Kontrolluntersuchung? Ja Nein

Beratungsgespräch? Ja Nein

Wenn ja, über: Zahnersatz (Implantate, Brücken etc.)

Füllungstherapie

Zahnfleischveränderungen

Ästhetische Veränderungen

Anamnesebogen

Haben Sie Zahnschmerzen?

 Ja Nein

Wenn ja, wo?

Haben Sie häufiges Zahnfleischbluten?

 Ja Nein

Wann wurden Sie das letzte Mal im Kopfbereich geröntgt?

3. Allgemeiner Gesundheitszustand

Waren Sie bis vor Kurzem oder sind Sie noch in ärztlicher Behandlung?

 Ja Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

 Ja Nein

Wenn ja, welche?

Liegt eine Unverträglichkeit gegenüber gewissen Medikamenten vor?

 Ja Nein

Wenn ja, gegen welche?

Liegen Allergien vor?

 Ja Nein

Wenn ja, gegen welche?

 Heuschnupfen Asthma Hautausschläge Latex zahnärztliche Betäubungen Penicillin Jod

Haben Sie einen Allergiepass?

 Ja Nein

Anamnesebogen

Leiden oder litten Sie an einer Erkrankung in folgenden Bereichen?

Erkrankungen des Herzens (Herzinfarkt, Koronare Herzkrankheit etc.)	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Nicht bekannt
Erkrankungen des Kreislaufs	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Nicht bekannt
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Nicht bekannt
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Nicht bekannt
Störungen der Blutgerinnung, häufiges Nachbluten	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Nicht bekannt
Blutarmut	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Nicht bekannt
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Nicht bekannt
Erkrankungen der Leber (z. B. Hepatitis)	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Nicht bekannt
Zuckerkrankheit (zuletzt gemessener Wert: _____)	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Nicht bekannt
Erkrankungen des Magen-Darmtraktes	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Nicht bekannt
Erkrankungen der Nieren	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Nicht bekannt
Erkrankungen der Nerven	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Nicht bekannt
Anfallsleiden/Krampfleiden (z. B. Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Nicht bekannt
Migräne	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Nicht bekannt
Erkrankungen der Schilddrüse	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Nicht bekannt
Infektionskrankheiten (z. B. Tbc, AIDS etc)	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Nicht bekannt
Rheuma	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Nicht bekannt
Unfall, Verletzungen, Operationen	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Nicht bekannt

Anamnesebogen

Haben Sie andere ernsthafte Erkrankungen, die noch nicht aufgeführt wurden?

Besteht eine Schwangerschaft oder die Wahrscheinlichkeit einer Schwangerschaft? Ja Nein

4. Zu Ihrer Information

Möchten Sie an die nächste Kontrolluntersuchung erinnert werden? Ja Nein

Wenn ja, wie? telefonisch
 per Post
 per E-Mail

Ort/Datum

Unterschrift