

ANAMNESEBOGEN

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS!

BEVOR WIR UNS ÜBER IHRE ZAHNMEDIZINISCHEN WÜNSCHE UNTERHALTEN, BENÖTIGEN WIR NEBEN IHREN PERSONALIEN AUCH EINIGE ANGABEN ÜBER IHREN ALLGEMEINEN GESUNDHEITZUSTAND. DIESES IST WICHTIG FÜR EINE ADÄQUATE UND RISIKOFREIE BEHANDLUNG. BITTE TEILEN SIE UNS AUCH KÜNFTIG SÄMTLICHE ÄNDERUNGEN Z.B. IHRER ADRESSE ODER IHRES GESUNDHEITZUSTANDES MIT.

**ALLE ANGABEN WERDEN STRENG VERTRAULICH BEHANDELT.
VIELEN DANK FÜR IHRE MITARBEIT!**

PERSÖNLICHE DATEN

PATIENT/IN _____
NAME, VORNAME _____ GEBOREN AM _____

VERSICHERTE/R _____
 Ehegatte Vater/Mutter _____ GEBOREN AM _____

ANSCHRIFT _____
STRASSE, HAUSNUMMER _____

PLZ, ORT _____

TELEFON / MOBIL _____

E-MAIL _____

BERUF _____

KRANKENKASSE/
VERSICHERUNG _____

VERSICHERUNGS-
STATUS ICH BIN PFLICHTVERSICHERT ICH BIN PRIVAT VERSICHERT
 ICH BIN FREIWILLIG VERSICHERT ICH BIN BEIHILFEBERECHTIGT
 ICH BIN PRIVAT ZUSATZVERSICHERT ICH BIN NICHT VERSICHERT

WIE HABEN SIE ZU UNSERER PRAXIS GEFUNDEN?

- ÜBER DAS INTERNET
 ÜBER ZEITSCHRIFTEN
 DURCH EMPFEHLUNGEN / GGF. DURCH WEN? _____
 ANDERE MÖGLICHKEITEN _____

ALLGEMEINMEDIZINISCHE ANAMNESE

WAREN SIE IN LETZTER ZEIT IM KRANKENHAUS ODER IN ÄRZTLICHER BEHANDLUNG? JA NEIN

IHR HAUSARZT: _____

NEHMEN SIE ZUR ZEIT REGELMÄßIG MEDIKAMENTE EIN, (Z.B. MARCUMAR, ASPIRIN, ASS ETC.)? JA NEIN
 WENN JA, WELCHE? _____

BLUTEN SIE LANGE NACH EINER VERLETZUNG? JA NEIN

BESTEHT EINE UNGEWÖHNLICHE REAKTION AUF MEDIKAMENTE (Z.B. PENICILLIN/JOD)? JA NEIN
 WENN JA, AUF WELCHE? _____

TRETEN ODER TRATEN NEBENWIRKUNGEN NACH ZAHNÄRZTLICHEN SPRITZEN AUF? JA NEIN
 WENN JA, WELCHE? _____

BESTEHT BZW. BESTAND BEI IHNEN EINE DER FOLGENDEN ERKRANKUNGEN?

ALLERGIEN JA NEIN MANGELDURCHBLUTUNG JA NEIN
 WENN JA, WELCHE? _____

ATEMWEGERKRANKUNGEN JA NEIN APOPLEX (SCHLAGANFALL) JA NEIN
 WENN JA, WELCHE? _____ FRÜHERE OPERATIONEN JA NEIN
 WENN JA, WELCHE? _____

BLUTGERINNUNGSSTÖRUNGEN JA NEIN INFEKTIONSKRANKHEITEN JA NEIN
 DIABETES JA NEIN HEPATITIS JA NEIN
 EPILEPSIE (ANFALLSLEIDEN) JA NEIN HIV/AIDS JA NEIN
 TUBERKULOSE JA NEIN

GLAUKOM (ERHÖHTER AUGENDRUCK) JA NEIN LEBERERKRANKUNGEN JA NEIN
 WENN JA, WELCHE? _____

HÄMATOLOGISCHE ERKRANKUNGEN (ERKRANKUNGEN BLUTBILDENDER ORGANE) JA NEIN
 MAGEN-DARM-ERKRANKUNGEN JA NEIN

HERZ-KREISLAUF-ERKRANKUNGEN JA NEIN NIERENERKRANKUNGEN JA NEIN

HERZINSUFFIZIENZ JA NEIN CHRONISCHE NIEREN-INSUFFIZIENZ JA NEIN

KORONARE HERZKRANKHEIT / ANGINA PECTORIS JA NEIN DIALYSE JA NEIN

HERZINFARKT JA NEIN OSTEOPOROSE JA NEIN

HERZRHYTHMUSSTÖRUNGEN JA NEIN RHEUMATISCHE ERKRANKUNGEN JA NEIN

HERZSCHRITTMACHER JA NEIN SCHILDDRÜSENERKRANKUNGEN JA NEIN

HERZKLAPPENFEHLER/-ERSATZ JA NEIN TUMORERKRANKUNGEN JA NEIN

HYPERTONIE (HOHER BLUTDRUCK) JA NEIN RAUCHEN SIE? JA NEIN
 WENN JA, WIEVIEL? _____

HYPOTONIE (NIEDRIGER BLUTDRUCK) JA NEIN BESTEHT EINE SCHWANGERSCHAFT? JA NEIN
 WENN JA, WELCHE WOCHE? _____

ZAHNÄRZTLICHE ANAMNESE

IHR HAUPTANLIEGEN:

- HABEN SIE ZUR ZEIT ZAHNSCHMERZEN? JA NEIN
- HABEN SIE BESCHWERDEN AM ZAHNFLEISCH? JA NEIN
- HABEN SIE GELEGENTLICH ZAHNFLEISCHBLUTEN? JA NEIN
- BEMERKEN SIE BEI SICH MUNDGERUCH? JA NEIN
- HABEN SIE SCHMERZEN ODER EIN SPANNUNGSGEFÜHL IM KIEFERGELENK ODER GELENKBEREICH? JA NEIN
- LEIDEN SIE UNTER CHRONISCHEN KOPF-, HALS- ODER SCHULTERSCHMERZEN? JA NEIN
- PRESSEN ODER KNIRSCHEN SIE MIT DEN ZÄHNEN? JA NEIN
- HABEN SIE OFT STRESS? JA NEIN
- IST IHRE KAUFÄHIGKEIT BEEINTRÄCHTIGT? JA NEIN
- SIND SIE MIT DEM AUSSEHEN IHRER ZÄHNE ZUFRIEDEN? JA NEIN
- BENUTZEN SIE AUßER ZAHNBÜRSTE UND ZAHNPASTA NOCH ANDERE MUNDHYGIENEMITTEL?
WENN JA, WELCHE? _____ JA NEIN
- WURDEN IN DEN LETZTEN 12 MONATEN RÖNTGENAUFNAHMEN IM KOPF-, KIEFER- ODER ZAHNBEREICH ANGEFERTIGT? JA NEIN
- HABEN SIE ANGST VOR DER BEHANDLUNG? JA NEIN
- WÜNSCHEN SIE EINE ÖRTLICHE BETÄUBUNG? JA NEIN

WÜNSCHEN SIE EINE BESONDERE BERATUNG ÜBER:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> KARIESVERMEIDUNG | <input type="checkbox"/> LEBENSLANG GESUNDE ZÄHNE |
| <input type="checkbox"/> ZAHNGESUNDE ERNÄHRUNG | <input type="checkbox"/> ZAHNFLEISCHGESUNDHEIT |
| <input type="checkbox"/> DAUERHAFTE GEBISSRESTAURATION | <input type="checkbox"/> IMPLANTATE |
| <input type="checkbox"/> ÄSTHETISCHE VERBESSERUNG IHRER ZÄHNE | <input type="checkbox"/> KIEFERGELENKERKRANKUNG |
| <input type="checkbox"/> AMALGAMENTFERNUNG UND ERSATZ DURCH
BIOLOGISCH VERTRÄGLICHES MATERIAL | <input type="checkbox"/> SONSTIGES _____ |

IHRE ANGABEN WERDEN VON UNS GGF. ELEKTRONISCH GESPEICHERT, UNTERLIEGEN ABER DEN STRENGEN BESTIMMUNGEN DES DATENSCHUTZES UND DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPFLICHT. MIT MEINER UNTERSCHRIFT BESTÄTIGE ICH DIE VOLLSTÄNDIGKEIT UND RICHTIGKEIT MEINER ANGABEN. ÄNDERUNGEN ZU MEINEN ANGABEN WERDE ICH IHNEN STETS MITTEILEN.

DATUM

UNTERSCHRIFT

ERINNERUNGSSERVICE VORSORGETERMIN

- JA, ICH BIN DAMIT EINVERSTANDEN, DASS SIE MICH AN MEINEN NÄCHSTEN EMPFOHLENE NEN TERMIN ERINNERN, UM EINE REGELMÄßIGE KONTROLLE ZU GEWÄHRLEISTEN. DIESER ERINNERUNGSSERVICE IST FÜR MICH UNVERBINDLICH UND KOSTENLOS.

DATUM

UNTERSCHRIFT