



ANAMNESEBOGEN

Vielen Dank, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen möchten. Um Sie optimal behandeln zu können, bitten wir Sie, diesen Bogen vollständig auszufüllen.

| Patientendaten | Versicherter (wenn abweichend vom Patienten) |
|----------------|--|
| Name, Vorname | |
| Straße, Nr. | |
| PLZ, Ort | |
| Geburtsdatum | |
| Beruf | |
| Telefon | |
| E-Mail-Adresse | |
| Versicherung | |

| Hausarzt |
|----------|
| |
| |
| |

Wie kommen Sie zu uns?

- Internet Zeitung Telefonbuch Zufall Facebook
 Empfehlung, von wem? _____

Teil 1 | ALLGEMEINE FRAGEN

ja nein **Der Grund für Ihren Zahnarztbesuch ist?**

- Zahnschmerzen
 Kontrolluntersuchung
 Zahnfleischerkrankung
 Zahnfleischbluten
 Kopf- und Nackenschmerzen
 Kiefergelenksbeschwerden

Zahn-Mund-Situation

- Pressen oder Knirschen Sie auf ihren Zähnen?
 Leiden sie unter Mundgeruch?
 Sind Sie mit der Farbe ihrer Zähne zufrieden?
 Sind Sie mit der Stellung ihrer Zähne zufrieden?
 Hatten Sie früher eine Zahnspange?
 Haben Sie machmal das Gefühl von Trockenheit oder Brennen im Mund?
 Wann war ihr letzter Zahnarztbesuch?

sonstiges

ja nein

- Schnarchen Sie?
 Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele? _____

ja nein

Gefallen Ihnen Ihre Zähne?

- Wenn nein, warum?

ja nein

Wünschen Sie eine Beratung über:

- Individualprophylaxe
 Parodontalbehandlung
 Ästhetische Füllungen
 Zahnaufhellung
 Keramische Verblendschalen/Veneers
 Implantate
 Kieferorthopädie
 Kiefergelenkbehandlung
 Amalgamentfernung

sonstiges

Teil 2 | MEDIZINISCHE BEFUNDERHEBUNG

ja nein **Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgen-**
aufnahmen gemacht worden?
Wenn ja, wann? _____
Welcher Arzt? _____

ja nein **Herz/Kreislauf**
 Herzfehler
 Angina Pectoris
 Herzklappenentzündung
 Künstliche Herzklappe
 Herzschrittmacher
 Hoher oder niedriger Blutdruck
 Rhythmusstörungen

sonstiges

ja nein **Gefäße**
 Schlaganfall
 Durchblutungsstörungen
 Thrombosen

sonstiges

ja nein **Atemwege/Lunge**
 Asthma
 Lungenentzündung
 Tuberkulose
 Chronische Bronchitis
 Schlafapnoe
 Mukoviszidose

sonstiges

ja nein **Leber**
 Hepatitis A B C

sonstiges

ja nein **Niere**
 Dialysepflichtigkeit
 Nierenentzündung

sonstiges

ja nein **Magen/Darm**
 Geschwür
 Sodbrennen
 Refluxkrankheit

sonstiges

ja nein **Stoffwechsel/Zuckerkrankheit**
 Diabetes mellitus Typ I
 Diabetes mellitus Typ II
 Schilddrüsenunterfunktion
 Schilddrüsenüberfunktion

sonstiges

ja nein **Immunschwäche**
 Einnahme von Cortison
 Zustand nach Organtransplantation
 AIDS/HIV
 Bisphosphonattherapie

sonstiges

ja nein **Blut**
 Gerinnungsstörungen
 Blaue Flecken, auch ohne Verletzung bzw.
nach leichten Berührungen

sonstiges

ja nein **Allergien oder Unverträglichkeit**
 Spritzen/Lokalanästhesie/Schmerzmittel
 Antibiotika
 Metalle
 Jod
 Latex

sonstiges

ja nein **Nehmen Sie regelmäßig/zur Zeit Medikamente?**
Wenn ja, welche?

ja nein **Schwangerschaft**
 Sind Sie schwanger?
Welche Schwangerschaftswoche? _____

ja nein **Sonstiges**

RECALL

ja nein **Wünschen Sie eine Aufnahme in unser
Erinnerungssystem?**

WICHTIGER HINWEIS

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen der DSGVO (kann in der Praxis eingesehen werden). Sie werden streng vertraulich behandelt. Aus datenschutzrechtlichen Gründen bestätigen Sie uns bitte:

Ich stimme einer Speicherung meiner Daten ausdrücklich zu.

Sollten während meines Behandlungszeitraumes Änderungen eintreten, informiere ich sie umgehend.

Ort, Datum

Unterschrift