

# 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. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Wenn Sie eine Frage nicht beantworten können, helfen wir Ihnen gerne weiter.

### Persönliches

Name / Vorname \_\_\_\_\_

Straße / Nr. \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Tel. privat \_\_\_\_\_ Tel. mobil \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Krankenkasse / private Krankenversicherung \_\_\_\_\_

gesetzlich versichert  ja  nein      privat versichert  ja  nein      Basistarif  ja  nein

Zusatzversicherung  ja  nein      beihilfeberechtigt  ja  nein

### Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

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.

### In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

von Bekannten empfohlen       Telefon- / Branchenbuch       Zeitungsanzeige

Überweisung von \_\_\_\_\_

Internet, über die Seite \_\_\_\_\_       Sonstiges \_\_\_\_\_

Haben Sie sich vor Ihrem Besuch unsere Internetseite angesehen?  ja  nein

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

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

# Anamnesebogen



Zahnärzte im Alten Amtshaus  
Dr. Lubna Thüning  
Jan Frederik Forke

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

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

\_\_\_\_\_

**Haben Sie akute Schmerzen?**  ja  nein

## Wenn ja, wie äußern sich diese?

- Dauerschmerz
- Zähne reagieren auf süß / sauer
- Manche Zähne sind temperaturempfindlich
- Zähne schmerzen bei Belastung oder Kauen
- Zähne schmerzen auch ohne Belastung
- Schmerzen oder Entzündungen am Zahnfleisch
- Kieferschmerzen / Kiefergelenkschmerzen

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

- 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
- Osteoporose  ja  nein
- Epilepsie  ja  nein
- Grünen Star  ja  nein
- Tuberkulose  ja  nein
- HIV (Aids)  ja  nein
- Hepatitis  ja  nein
- Wenn ja, welcher Typ?  A  B  C
- Allergien  ja  nein
- Wenn ja, wogegen? \_\_\_\_\_
- eine Gelenkprothese  ja  nein  
(z. B. künstliches Knie- oder Hüftgelenk)
- Wenn ja, wo genau? \_\_\_\_\_

## Sonstige Infektionen / Erkrankungen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

- Stents
- Herzschrittmacher
- Herzklappenentzündung
- Angina Pectoris
- Bypass
- Herzinfarkt
- künstliche Herzklappe
- \_\_\_\_\_

## Medikamente: Nehmen Sie ...

- Herzmedikamente
- Schmerzmittel
- blutverdünnende Medikamente, z. B. Marcumar®, ASS?
- andere Medikamente:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

## Fragen / Anmerkungen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Terminvergabe

Wir sind eine Bestellpraxis – das heißt, dass wir die Zeit für Ihren Termin extra für Sie reservieren. Bitte sagen Sie uns daher spätestens zwei Tage vorher Bescheid, falls Sie einen Termin einmal nicht einhalten können. So haben wir die Möglichkeit, den ursprünglich für Sie geplanten Termin anderweitig zu vergeben. Sollten Sie einen Termin dennoch nicht rechtzeitig absagen, können wir Ihnen die Kosten für die Behandlung unter Anrechnung dessen, was infolge des Unterbleibens der Behandlung erspart oder durch Behandlung anderer Patienten erworben wurde, in Rechnung stellen. Dies gilt nicht bei nachweislich schuldlos unterbliebener Absage.

**Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, die Hinweise zur Terminvergabe gelesen sowie die Angaben zu Ihrer Gesundheit nach bestem Wissen gemacht zu haben.**

Datum

Unterschrift