

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient!

Herzlich willkommen in unserer Praxis! Bitte nehmen Sie sich die Zeit, diesen Erhebungsbogen in Ruhe auszufüllen. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Sollten sich im Laufe der Zeit Änderungen an den nachfolgend von Ihnen gemachten Angaben ergeben, bitten wir Sie, uns diese umgehend mitzuteilen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Persönliches

Name		Vorname		Geburtstag	
Straße / Nr.		PLZ / Ort			
Tel. privat		Tel. mobil			
E-Mail		Beruf			
Krankenkasse					
Gesetzlich versichert	☐ ja ☐ nein	Privat versichert	☐ ja ☐ nein	Basistarif	☐ ja ☐ nein
Zahnzusatzversicherung	☐ ja ☐ nein			Beihilfe	☐ ja ☐ nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name		Vorname		Geburtstag	
Straße / Nr.		PLZ / Ort			

Wer ist Ihr Hausarzt bzw. Internist?

Name		Telefon	
Anschrift			

Hinweise zur Organisation

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte sagen Sie ihn mindestens 24 Stunden vorher ab! Ansonsten können die durch Ihr Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden.

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

Herzens oder Kreislaufs	O ja	O nein
Leber	O ja	O nein
Nieren	O ja	O nein
Schilddrüse	O ja	O nein
Magen-Darm-Traktes	O ja	O nein
Wirbelsäule	O ja	O nein

Haben oder hatten Sie ...

hohen Blutdruck	O ja	O nein
niedrigen Blutdruck	O ja	O nein
Diabetes	O ja	O nein
Zahnfleischbluten	O ja	O nein
Epilepsie	O ja	O nein
Grünen Star (Glaukom)	O ja	O nein
Asthma	O ja	O nein
Rheuma	O ja	O nein
HIV (Aids)	O ja	O nein
Hepatitis	O ja	O nein
Wenn ja, welcher Typ?	O A	O B
Allergien	O ja	O nein
Wenn ja, wogegen?		

eine Krebserkrankung	O ja	O nein
Wenn ja, welche?		

ein künstliches Gelenk (Endoprothese)	O ja	O nein
sonstige Infektionen / Erkrankungen:		

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie ...

eine Herzklappenentzündung	O ja	O nein
Angina Pectoris	O ja	O nein
einen Herzschrittmacher	O ja	O nein
einen Herzinfarkt	O ja	O nein
einen Herzpass	O ja	O nein

Medikamente – Nehmen Sie ...

O Herzmedikamente	O Cortison (Kortikoide)
O Schmerzmittel	O Antidepressiva
O blutverdünnende Medikamente, z.B. Falithrom, ASS, Eliquis	
O andere Medikamente:	

Wurden Ihnen in den letzten Jahren sogenannte
Bisphosphonate, Denosumab oder andere Knochenaufbaumittel
verabreicht? (Medikamente gegen Knochenschwund
(Osteoporose) oder wegen einer Krebserkrankung)

O ja O nein

Wenn ja, welche? (z.B. Alendronat/ Alendronsäure, Zolendronat/
Zolendronsäure, ...)

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente
oder Spritzen aufgetreten?

O ja O nein

Wenn ja, gegen welche?

Für unsere Patientinnen

Sind Sie schwanger?

O ja O nein

Wenn ja, in welcher Woche?

Sind Sie einem Pflegegrad nach §15 SGB XI zugeordnet
oder erhalten Sie Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII?

O ja, Grad: _____

O nein

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

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

Haben Sie akute Schmerzen?

O ja O nein

Wenn ja, wie äußern sich diese?

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

Zum Schluss

Knirschen Sie mit den Zähnen?	O ja	O nein
Fühlen Sie sich psychisch stark belastet?	O ja	O nein
Rauchen Sie?	O ja, wenig	O ja
Haben Sie Angst vor der Behandlung?	O ja	O nein

Möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin per
Postkarte bzw. telefonisch erinnert werden?

O ja O nein

Unterschrift Patient / gesetzl. Betreuer:

Dresden, _____

Datum

Unterschrift