

ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen sorgfältig, damit wir unsere Betreuung individuell gestalten und etwaigen Risiken vorbeugen können. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Bei Bedarf helfen wir Ihnen gerne beim Ausfüllen.

Name, Vorname: Geb. am:

Wohnschrift:

Handy-Nr.: Festnetz-Nr.:

E-Mail

Versicherungsverhältnis: Gesetzlich Privat Freiwillig Zahnzusatzversicherung

Beruf: Arbeitgeber:

Kontaktperson und Tel.-Nr. im Notfall:

Hausarzt – Name und ggf. Anschrift:

Allgemeinmedizinische Fragen:

1. Werden Medikamente eingenommen – v. a. Blutverdünner, Schmerzmittel, Schlaf- oder Beruhigungsmittel, blutdrucksenkende Mittel, Insulin? Wenn ja, welche? **ja** **nein**
.....
2. Besteht eine Allergie – v. a. Betäubungsmittel, Schmerzmittel, Antibiotika, Latex? **ja** **nein**
Wenn ja, welche?
3. Besteht eine erhöhte Blutungsneigung (z. B. Nasen-, Zahnfleischblutung, Nachblutung nach Operationen, blaue Flecken)? **ja** **nein**
4. Besteht/ bestand eine Infektionskrankheit (z. B. Hepatitis, HIV, Tuberkulose)? **ja** **nein**
Wenn ja, welche?
5. Leiden Sie an chronische Erkrankungen:
 - Atemwegs-/ Lungenerkrankungen (v. a. Asthma, Bronchitis, COPD)
 - Herz-Kreislaufkrankungen (v. a. Klappenersatz, Herzinnenhautentzündung [Endokarditis], Herzinfarkt, Rhythmusstörungen, Schrittmacher- oder Defibrillator)
 - Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)
 - Erkrankung des Nervensystems (Krampfleiden [Epilepsie], Parkinson, Polyneuropathie, chronisches Schmerzsyndrom)
 - Organ- oder Knochenmarktransplantation
 - Andere, Ihnen wichtige Erkrankungen:
6. Rauchen Sie? **ja** **nein**
7. Benutzen Sie elektronische Inhalationsprodukte (E-Zigaretten, E-Shishas)? **ja** **nein**

Bitte wenden

Zusatzfragen bei Frauen:

1. Sind Sie schwanger? ja nein
2. Stillen Sie? ja nein

Zahnärztliche Fragen:

1. Wurde schon einmal eine örtliche Betäubung durchgeführt? ja nein
Wenn ja, gab es dabei Komplikationen? Wenn ja, welche? ja nein
.....
2. Wird/ wurde eine Behandlung mit Bisphosphonaten oder Denosumab (bei Osteoporose oder Behandlung von Tumorerkrankungen) durchgeführt? ja nein
Wenn ja, welche und wann war die letzte Gabe?
3. Hatten Sie eine Strahlenbehandlung im Kopf-/ Halsbereich? ja nein
4. Gibt es Besonderheiten beim Zustand der Zähne (z. B. lockere Zähne, Implantate, ...)?
.....
5. Wurden Sie kieferorthopädisch behandelt? ja nein
Wenn ja, wann?
6. Wurde schon einmal eine operative Zahnbehandlung durchgeführt? ja nein
Wenn ja, welche?
7. Haben Sie Schmerzen im Kiefergelenk? ja nein
Sind Kaumuskulatur/ Kiefergelenkbereich oder Nacken oft verspannt? ja nein
Ist die Mundöffnung bzw. Unterkieferbewegung schmerzhaft oder eingeschränkt? ja nein
Besteht eine Neigung zum Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen? ja nein
Ist Ihre Kaufähigkeit beeinträchtigt? ja nein
Sind Sie mit der Ästhetik Ihrer Zähne zufrieden? ja nein
Leiden Sie an erhöhtem Würgereiz? ja nein
8. Wann wurden Sie zuletzt geröntgt?
- Haben Sie einen Röntgen-Pass? ja nein
9. Wann waren Sie das letzte Mal in zahnärztlicher Behandlung?
10. Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?
 Empfehlung von
 Internet
 Zufällig /

Ich bestätige, alle Angaben vollständig und wahrheitsgemäß erteilt zu haben und verpflichte mich, eintretende Änderungen während der Behandlungsdauer dem Zahnarzt mitzuteilen.

Halle, den Unterschrift

Nach Prüfung bestätige ich, dass die vorangegangenen Angaben heute noch aktuell sind.

Halle, den Unterschrift

Halle, den Unterschrift