

Zahnmedizinischer Anamnesebogen



Dr. Nadine Bock
Zahnarztpraxis Haan

Herzlich Willkommen!

Liebe Patient:innen,

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. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht unserer Praxis.

Mit (*) gekennzeichnete Angaben sind freiwillig.

Persönliches

Name / Vorname _____ Geburtstag _____

Straße / Nr. _____

PLZ / Ort _____

Tel. privat _____ Tel. mobil* _____

E-Mail* _____

Beruf* _____

Krankenkasse _____ Pflegestufe _____

Beihilfe	ja	nein	Standardtarif	ja	nein	Basistarif	ja	nein
Zusatzversicherung	ja	nein	Privat versichert	ja	nein			

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherte:r?

Name / Vorname _____ Geburtstag _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Waren Sie schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung? ja nein

Wenn ja, wo?

Name / Vorname _____

Ort _____ Tel. _____

Wer ist Ihr:e Hausarzt:ärztin?

Name / Vorname _____

Ort _____ Tel. _____

Möchten Sie von uns an Ihre halbjährliche Vorsorgeuntersuchung erinnert werden? ja nein

Wenn ja, wie?

per Telefon

per Post

per E-Mail

per SMS

Bitte wenden



Zahnmedizinischer Anamnesebogen

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
- Kiefer-/ Kiefergelenkschmerzen

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

Herzens oder Kreislaufs	ja	nein
Leber	ja	nein
Nieren	ja	nein
Schilddrüse	ja	nein
Lunge (Asthma, COPD, ...)	ja	nein
Magen-Darm-Traktes	ja	nein
Gelenke (Rheuma)	ja	nein
Ohrensausen / Tinnitus	ja	nein
Wirbelsäule	ja	nein

Haben oder hatten Sie ...

Hohen oder niedrigen Blutdruck ja nein

- Wenn ja, welche Werte? _____

Diabetes	ja	nein
Osteoporose	ja	nein
Zahnfleischbluten	ja	nein
Epilepsie	ja	nein
Grünen oder Grauen Star	ja	nein
Tuberkulose	ja	nein
HIV (Aids)	ja	nein
Blutgerinnungsstörungen	ja	nein
Hepatitis	ja	nein

- Wenn ja, welcher Typ? _____

Allergien ja nein

- Wenn ja, wogegen? _____

Sonstige Infektionen / Erkrankungen:

**Sind Sie mit Ihrem Lächeln (Form,
Farbe der Zähne) zufrieden?** ja nein

Zu Ihrem Herzen - Haben oder hatten Sie ...

eine Herzklappenentzündung Angina Pectoris

einen Herzschrittmacher

- Wenn ja, seit wann? _____

einen Herzinfarkt, wenn ja, wann? _____

Medikamente - Nehmen Sie ...

Herzmedikamente Cortison (Kortikoide)

Schmerzmittel Antidepressiva

blutverdünnende Medikamente, z. B. Marcumar, ASS?

Injektionen / Infusionen / Bisphosphonate

andere Medikamente / ggf. Medikamentenplan

**Sind bei Ihnen Unverträglichkeiten /
Allergien gegen Medikamente oder
Spritzen aufgetreten (Z. B. Amalgam)?** ja nein

- Wenn ja, gegen welche? _____

Schwangerschaft

Sind Sie schwanger? ja nein ungewiss

- Wenn ja, in welcher Woche? _____

*Wegen des Mutterschutzes bitten wir Sie um sofortige Mitteilung, wenn
während des Behandlungszeitraumes eine Schwangerschaft eintritt!*

- Wenn ja, stillen Sie Ihr Kind? ja nein

Zum Schluss

Knirschen Sie mit den Zähnen? ja nein

Fühlen Sie sich psychisch stark belastet? ja nein

Rauchen Sie? ja nein

Verspüren Sie einen Metallgeschmack? ja nein

Sind Ihnen Geräusche im Kiefergelenk
aufgefallen (Z. B. beim Gähnen o. Kauen)? ja nein

Leiden Sie unter ...

schlechtem Atem? ja nein

Zahnfleischrückgang? ja nein

Kopf- oder Nackenschmerzen? ja nein

Haben Sie einen künstlichen

Gelenkersatz (Z. B. Hüfte, Knie, ...) ja nein

- Wenn ja, welchen? _____

Datum, Unterschrift