

# 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, uns diesen Erhebungsbogen **leserlich** auszufüllen.

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt!

Bitte beachten Sie, dass unsere Behandlungsstühle nur bis zu einem Maximalgewicht von 135 kg ausgelegt sind, bei höherer Belastung erfolgt die Benutzung auf eigene Gefahr!

## Persönliches

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

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

Tel. Festnetz \_\_\_\_\_ Tel. Mobil \_\_\_\_\_

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

Krankenkasse/Versicherung \_\_\_\_\_ Zusatzversicherung  ja  nein

Falls Sie **privat** versichert sind: sind Sie beihilfeberechtigt?  ja  nein

Haben Sie **reduzierte** Versicherungsleistungen (**BASISTARIF**)  ja  nein

## Sind Sie familienversichert? Wenn ja, über wen?

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

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

## Wer ist Ihr Hausarzt?

Name \_\_\_\_\_ Anschrift, Tel.-Nr. \_\_\_\_\_

## Pflegegrad

Beziehen Sie Leistungen gemäß § 15 SGB XI (Pflegegrad 1-5) oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII?

ja  nein

## Hinweise zur Organisation

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte sagen Sie ihn mindestens 48 Stunden vorher ab.

## In eigener Sache...

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- von Bekannten empfohlen  Telefon- / Branchenbuch  Zeitungsanzeige  
 Überweisung  Internet / Suchmaschine  Sonstiges

Falls wir Ihnen empfohlen wurden, haben Sie sich im Vorfeld unseren Internetauftritt angeschaut?

ja  nein

Möchten Sie von uns kostenfrei per Postkarte/E-Mail an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnert werden?

Ja, per  Postkarte  E-Mail  nein

**bitte wenden** ⇨

## Ihr Lächeln

### Sind Sie zufrieden mit...?

- Ihrer Zahnfarbe  ja  nein  
Ihrer Zahnstellung  ja  nein

## Leiden Sie an Erkrankungen der/des...?

- |                         |                          |                            |
|-------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Herzens oder Kreislaufs | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Leber                   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Nieren                  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Schilddrüse             | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Magen-Darm-Traktes      | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Gelenke (Rheuma)        | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Wirbelsäule             | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

## Haben Sie ...?

### Infektionen/Erkrankungen

- Hohen Blutdruck
  - Niedrigen Blutdruck
  - grauer/grüner Star
  - Diabetes
  
  - Zahnfleischbluten
  - Mundgeruch
  - Ohrensausen/Tinnitus
  - Mundtrockenheit
  - HIV (Aids)
  - Hepatitis
- Wenn ja, welcher Typ?  A  B  C

## Sonstige Erkrankungen:

## Allergien (bitte Allergiepass vorlegen):

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

- eine Herzklappenentzündung
- Angina Pectoris (Brustenge)
- einen Herzschrittmacher
- künstliche Herzklappe
- einen Herzinfarkt

## Medikamente – Nehmen Sie ...?

- Herzmedikamente
- Cortison
- Schmerzmittel
- Antidepressiva
- Blut verdünnende Medikamente, z. B. Marcumar, ASS?
- andere Medikamente:

## An unsere Patientinnen:

- Sind Sie schwanger?  ja  nein  
Wenn ja, wann ist Ihr Entbindungs-Termin?

## Biologische Zahnmedizin (s. Beiblatt)

Wären Sie an einer individuellen, umweltzahnmedizinischen Austestung interessiert, mit deren Hilfe wir Unverträglichkeiten Ihres Körpers auffinden und die für Sie am besten geeigneten Füllungs- u. Zahnersatzmaterialien bestimmen können?  ja  nein

## Unverträglichkeiten

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten?  ja  nein

Wenn ja, gegen welche?

## ... zum Schluss

- Knirschen Sie mit den Zähnen?  ja  nein  
Rauchen Sie?  ja  nein

## Wichtiger Hinweis:

**Falls Sie einen vereinbarten Termin unentschuldigt nicht wahrnehmen bzw. diesen nicht spätestens 48 Stunden vor der geplanten Behandlung abgesagt haben, müssen wir Ihnen eine Ausfallpauschale i. H. v. 250,00 € pro eingeplanter Stunde in Rechnung stellen.**

Hiermit bestätige ich, dass meine Daten zu medizinischen/zahnmedizinischen Zwecken an berechtigte Dritte (Labor, mitbehandelnde Ärzte/Zahnärzte) weitergegeben werden dürfen, sofern dies für meine weitere Behandlung notwendig ist. Des Weiteren versichere ich, wahrheitsgemäße Angaben gemacht und alle Punkte dieses Fragebogens verstanden zu haben.

Ort, Datum

Unterschrift Patient