

# Anamnesebogen für Ihre Erstanmeldung

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir Sie, diese Fragen vollständig zu beantworten. Bei Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, nach größeren Operationen oder schweren Infektionskrankheiten bitten wir Sie, uns dies mitzuteilen. Durch die vollständige Beantwortung auch der Fragen auf der letzten Seite, können wir Ihre Behandlung optimal Ihren Wünschen anpassen.

Bevor wir uns mit Ihnen über Ihre zahnmedizinischen Wünsche erhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht

**Bitte vor der Behandlung ausfüllen und bei der Anmeldung abgeben.**

## Angaben zum Patienten

Name: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Pflichtversichert: \_\_\_\_\_

Freiwillig versichert: \_\_\_\_\_ Privatversichert: \_\_\_\_\_

Beihilfeberechtigt: \_\_\_\_\_ Private Zusatzversicherung: \_\_\_\_\_

## Weitere Angaben

Empfohlen/überwiesen durch: \_\_\_\_\_

Wer ist Ihr Hausarzt/ärztin? \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

## Medizinische Befunderhebung

Leiden Sie an akuten oder chronischen Erkrankungen des Herz - und Kreislaufsystems: \_\_\_\_\_

Infektionskrankheiten: Hepatitis, Tbc, HIV+, Aids usw. \_\_\_\_\_

Innere Krankheiten: Diabetes usw. \_\_\_\_\_

Überempfindlichkeit gegen: \_\_\_\_\_

Medikamente: \_\_\_\_\_

Materialien: \_\_\_\_\_

Sonstige: \_\_\_\_\_

Schwangerschaft: \_\_\_\_\_ In welchem Monat: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie aktuell Medikamente gegen Knochenstoffwechselstörungen wie zum Beispiel Osteoporose (Biphosphonate) ein, bzw. haben Sie diese in der Vergangenheit eingenommen? \_\_\_\_\_

Sonstige Medikamente: \_\_\_\_\_

Herzerkrankung: Schlaganfall, Herzinfarkt \_\_\_\_\_

Herzschrittmacher, künstliche Herzklappen ,Bypassoperation, Hüftgelenke, Knieprothesen etc.: \_\_\_\_\_

Blutungsneigung/ Bluterkrankung: \_\_\_\_\_

Gerinnungshemmer/Marcumar: \_\_\_\_\_

Hoher Blutdruck: \_\_\_\_\_ Niedriger Blutdruck: \_\_\_\_\_

Rheuma: \_\_\_\_\_ Diabetes: \_\_\_\_\_

Schilddrüsenerkrankung: \_\_\_\_\_ Lebererkrankung/Hepatitis: \_\_\_\_\_

Magen/Darmerkrankung: \_\_\_\_\_ Lungenerkrankung/Asthma: \_\_\_\_\_

Nasen-/Nebenhöhlenerkrankung: \_\_\_\_\_ Epilepsie: \_\_\_\_\_

Haben Sie sonstige schwere Erkrankungen? Wenn ja, welche?: \_\_\_\_\_

Allergien: Wenn ja , welche: \_\_\_\_\_

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein ? \_\_\_\_\_

Sind Sie Raucher? Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich: \_\_\_\_\_

### **Grund Ihres Besuches**

Wann war Ihre letzte Kontrolle/Zahnbehandlung? \_\_\_\_\_

Kontrolluntersuchung: \_\_\_\_\_

Haben Sie zur Zeit Zahnschmerzen? \_\_\_\_\_ Zahnfleischbluten: \_\_\_\_\_

Migräne/Kopf/ Nackenschmerzen: \_\_\_\_\_ Kiefergelenkbeschwerden beim Kauen/Gähnen:

Können Sie nur mit Anstrengung kauen? \_\_\_\_\_ Knirschen: \_\_\_\_\_

Mundgeruch: \_\_\_\_\_

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen? \_\_\_\_\_

Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen: \_\_\_\_\_

Starke Schmerzempfindlichkeit: \_\_\_\_\_ Starker Würgeiz: \_\_\_\_\_

Wünschen Sie eine zahnärztliche Behandlung unter Hypnose? \_\_\_\_\_

Was haben Sie bisher beim Zahnarzt am meisten vermisst? \_\_\_\_\_

### **Beratungswunsch**

Zahnersatz: \_\_\_\_\_ Prof. Zahnreinigung: \_\_\_\_\_

Bleaching (weiße Zähne): \_\_\_\_\_ Zahnästhetik/Kosmetik/Veneers: \_\_\_\_\_

Zahnfarbene Keramikfüllungen: \_\_\_\_\_ KFO: \_\_\_\_\_

Amalgamsanierung/Quecksilberausleitung: \_\_\_\_\_ Laserbehandlung: \_\_\_\_\_

Implantate/Implantatversorgungen: \_\_\_\_\_ Ernährungsberatung: \_\_\_\_\_