

# 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, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

### Persönliches

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

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

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Tel. Festnetz \_\_\_\_\_ Tel. mobil \_\_\_\_\_

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

Krankenkasse / private Krankenversicherung \_\_\_\_\_

gesetzlich versichert ☐ ja ☐ nein Zusatzversicherung ☐ ja ☐ nein

privat versichert ☐ ja ☐ nein beihilfeberechtigt ☐ ja ☐ nein Basistarif ☐ ja ☐ nein

### Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name / Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

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

### Wer ist Ihr Hausarzt?

Name \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

### Hinweise zur Organisation

Sie können einen Termin nicht einhalten? Wir bitten Sie darum, einen Termin rechtzeitig, mindestens 48 Stunden vorher abzusagen. Bitte berücksichtigen Sie, dass nicht fristgerecht abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

### Hinweise zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann. Dies kann sowohl durch die Behandlung selbst, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten hervorgerufen werden. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi, das Sie sicher nach Hause bringt.

### In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

☐ von Bekannten empfohlen ☐ Telefon- / Branchenbuch ☐ Zeitungsanzeige

☐ Überweisung von \_\_\_\_\_

☐ Internet, über die Seite \_\_\_\_\_ ☐ Sonstiges \_\_\_\_\_

# Anamnesebogen



ZAHNARZTPRAXIS  
ERPHOBOGEN

Dr. Christina Schöth-Weiermann

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

- |                                         |                                        |
|-----------------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="radio"/> Routinekontrolle  | <input type="radio"/> neuen Zahnersatz |
| <input type="radio"/> Beratung          | <input type="radio"/> „zweite Meinung“ |
| <input type="radio"/> Schmerzbehandlung | <input type="radio"/> andere Gründe:   |

---

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
- ☐ Kieferschmerzen / Kiefergelenkschmerzen

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

- |                        |                          |                            |
|------------------------|--------------------------|----------------------------|
| 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 |
| Rheumatische Arthritis | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

## Haben oder hatten Sie ...

- |                                            |                          |                                                 |
|--------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------|
| Blutgerinnungsstörungen                    | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein                      |
| hohen Blutdruck                            | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein                      |
| niedrigen Blutdruck                        | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein                      |
| Diabetes                                   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein                      |
| Zahnfleischbluten                          | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein                      |
| Ohrensausen / Tinnitus                     | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein                      |
| Osteoporose                                | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein                      |
| Tumorerkrankung/ Krebs                     | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein                      |
| Epilepsie                                  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein                      |
| Grünen Star/ Glaukom (erhöhter Augendruck) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein                      |
| Schlaganfall                               | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein                      |
| Psychische Erkrankung (z.B. Depression)    | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein                      |
| Bulimie/Magersucht                         | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein                      |
| Infektionskrankheiten (AIDS, Hepatitis)    | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein                      |
| Wenn ja, welcher Hepatitis Typ?            | <input type="radio"/> A  | <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C |
| Allergien (z.B. Natriumdisulfit)           | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein                      |
| Wenn ja, wogegen?                          | <hr/>                    |                                                 |
| eine Gelenkprothese                        | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein                      |
| (z.B. künstliches Knie- oder Hüftgelenk)   |                          |                                                 |

## Sonstige Infektionen / Erkrankungen:

---

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

- |                                             |                                             |
|---------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Stents                | <input type="radio"/> Bypass                |
| <input type="radio"/> Herzschrittmacher     | <input type="radio"/> Herzinfarkt           |
| <input type="radio"/> Herzklappenentzündung | <input type="radio"/> künstliche Herzklappe |
| <input type="radio"/> Angina Pectoris       | <input type="radio"/> Herzrhythmusstörungen |

## Medikamente: Nehmen Sie ...

- |                                                                         |                                             |
|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Herzmedikamente                                   | <input type="radio"/> Cortison (Kortikoide) |
| <input type="radio"/> Schmerzmittel                                     | <input type="radio"/> Antidepressiva        |
| <input type="radio"/> blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar®, ASS? |                                             |
| <input type="radio"/> Bisphosphonate (z.B. Denosumab, Xgeva®, Prolia®)  |                                             |
| <input type="radio"/> Zytostatika                                       | <input type="radio"/> andere Medikamente:   |

---

## Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, gegen welche?

---

---

## Für unsere Patientinnen

Sind Sie schwanger? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, in welcher Woche?

---

## Zum Schluss

Knirschen Sie mit den Zähnen? ☐ ja ☐ nein

Rauchen Sie? ☐ ja ☐ nein

## Fragen / Anmerkungen:

---

---

Datum

Unterschrift