

Anamnesebogen für Erwachsene

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. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz.

Persönliches

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Vorname: _____

Geburtsort: _____

Straße / Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Tel. privat: _____

Tel. mobil: _____

Email: _____

Beruf: _____

Name der Krankenkasse / privaten Krankenversicherung: _____

gesetzlich versichert

privat versichert

Basistarif

beihilfeberechtigt

Zusatzversicherung

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name / Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße / Nr. _____

PLZ/Ort: _____

Wer ist der behandelnde Zahnarzt?

Name: _____

Ort: _____ Tel.: _____

In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

von Bekannten empfohlen

Telefon / Branchenbuch

Zeitungsanzeige

Sonstiges

Überweisung von _____

Internet: _____

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

ja

nein

Hinweise zur Organisation

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte sagen Sie ihn mindestens 24 Stunden vorher ab.

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

Herzens oder Kreislaufs ja nein
Nieren ja nein
Schilddrüse ja nein
Magen-Darm-Traktes ja nein
Gelenke (Rheuma) ja nein

Allergien / Überempfindlichkeiten

Sind bei Ihnen jemals Allergien aufgetreten? ja nein
Wenn ja wogegen ?

Haben Sie einen Allergiepass? ja nein

Haben oder hatten Sie ...

hohen Blutdruck ja nein
niedrigen Blutdruck ja nein
Blutungsneigung / Bluterkrankungen ja nein
einen Herzschrittmacher ja nein
Diabetes (Zuckerkrankheit) ja nein
Epilepsie (Anfallsleiden) ja nein
Asthma / Lungenerkrankung ja nein
HIV (Aids) ja nein
Hepatitis ja nein
Wenn ja, welcher Typ ? A B C
sonstige Infektionen / Erkrankungen ja nein
Wenn ja, welche ?

Vorherige Behandlungen

Sind Sie in regelmäßiger ärztlicher Behandlung? ja nein
Wenn ja, warum ?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein
Wenn ja, welche ?

Ist bei Ihnen eine der folgenden Therapien durchgeführt worden? ja nein

orthopädisch physiotherapeutisch logopädisch
Wenn ja, warum ?

Fragen zur Zahngesundheit

Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch? _____
Wann wurden Sie das letzte Mal im Kopf-/ Halsbereich geröntgt?
Welche Aufnahmen wurden gemacht?

Röntgennachweisheft vorhanden? ja nein
Schmerzt Ihr Kiefergelenk / der Kiefer? ja nein
Knackt Ihr Kiefergelenk? ja nein
Knirschen Sie mit den Zähnen? ja nein
Wenn ja, tagsüber nachts
Neigen Sie zu Kopfschmerzen? ja nein
Wenn ja, wie häufig? _____
Haben oder hatten Sie Zahnfleischbluten? ja nein
Atmen Sie vorwiegend durch Mund oder Nase?
Schlafen Sie mit offenem Mund? ja nein
Beißen Sie gewohnheitsmäßig auf
 Zunge Lippe Fingernagel Bleistift Sonstiges

Haben oder hatten Sie einen Sprachfehler? ja nein
Liegen bei Ihnen Hals-/Nasen- und ja nein
Ohrenproblematiken vor ? Wenn ja, welche?

Schnarchen Sie nachts? ja nein
Hatten Sie Unfälle im Kiefer- oder Gesichtsbereich? ja nein
Wenn ja, welcher Art ?

Wurden Sie bereits kieferorthopädisch behandelt? ja nein

Name und Ort des Vorbehandlers

Für unsere Patientinnen:

Liegt eine Schwangerschaft vor? ja nein
Wenn ja, welcher Monat? _____

Anmerkungen:

Ich versichere hiermit, dass ich alle Angaben nach bestem Wissen gemacht habe und die Praxis bei Änderungen informiere.

Datum

Unterschrift