

## 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  
Ohrenproblematiken vor? Wenn ja, welche?  ja  nein

---

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