

ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe. Wir bitten Sie diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen können. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

PERSÖNLICHES

| | | |
|------------------|--------------------|---|
| Name, Vorname | Geburtsdatum | Geburtsort |
| Straße | PLZ, Ort | |
| Telefon Festnetz | Telefon Arbeit | Telefon Mobil <input type="checkbox"/> SMS |
| E-Mail | Beruf, Arbeitgeber | Terminerinnerung |

VERSICHERUNG

Krankenkasse

Gesetzlich versichert Privat versichert Zusatzversicherung Beihilfe Basistarif

Sind Patient und Mitglied der Versicherung nicht identisch, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers:

| | | |
|---------------|--------------|------------|
| Name, Vorname | Geburtsdatum | Geburtsort |
| Straße | PLZ, Ort | |

WIE SIND SIE AUF UNSERE PRAXIS AUFMERKSAM GEWORDEN?

Empfehlung durch:

Überweisung von:

Praxisschild Internet Branchenbuch _____
Sonstiges

BITTE WENDEN

ZAHNÄRZTLICHE ANAMNESE

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen.

Weshalb kommen Sie zu uns?

Hauptanliegen

Traten bei zahnärztlichen Behandlungen Probleme auf?

Wenn ja, welche?

Haben Sie empfindliche Zähne oder Zahnhälse?

Leiden/litten Sie an einer Kieferhöhlen-erkrankung?

Blutet Ihr Zahnfleisch?

Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?

Sind Ihre Zähne gelockert?

Zahnverlust durch Zahnlockerung?

Zahnwanderung?

Entzündungen mit Anschwellen des Zahnfleisches?

Frühere Zahnfleischbehandlungen?

Falls ja, wann?

Leiden Sie unter Mundgeruch?

Wurden die Zähne in den letzten 12 Monaten geröntgt?

Wenn wir diese Röntgenaufnahmen für Sie anfordern sollen, dann bitten wir um die Adresse des Vorbehandlers:

Vorbehandler

Adresse

Tragen Sie herausnehmbaren Zahnersatz?

Im Oberkiefer seit (in Jahre)

Im Unterkiefer seit (in Jahre)

Haben Sie vor einer zahnärztlichen Behandlung extreme Angst?

Fühlen Sie sich durch verfärbte Zähne beeinträchtigt?

Haben Sie schon einmal selbst versucht Ihre Zähne aufzuhellen?

Wünschen Sie sich hellere Zähne?

CRANIO-MANDIBULÄRE DYSFUNKTION / CMD

Dies ist ein Fragebogen zur Ermittlung von Auswirkungen funktioneller Störungen des Kausystems (CMD, Cranio-Mandibuläre Dysfunktion). Sollten Sie mehrere Fragen mit „ja“ beantworten, werden wir im ärztlichen Gespräch klären, ob eine weitergehende Diagnostik notwendig ist. **Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen.**

Hatten Sie jemals einen Unfall mit Schädigungen im Hals- / Kopfbereich?

Leiden Sie unter Kopfschmerzen oder Migräne?

Haben Sie Verspannungen der Nacken- und/oder Schultermuskulatur?

Haben Sie chronische Rückenschmerzen?

Haben Sie Gleichgewichtsstörungen oder Schwindelgefühl?

Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Biss nicht stimmt?

Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?

Leiden Sie unter Schlafstörungen (Schnarchen, Atemaussetzer)?

Fühlen Sie sich gelegentlich oder dauernd Stressbelastungen im beruflichen oder privaten Bereich ausgesetzt?

Hatten/haben Sie eine kieferorthopädische Behandlung?

Haben Sie Probleme mit Ihren Kronen / Ihrem jetzigen Zahnersatz?

Falls ja, welche?

Sind Sie derzeit in Physiotherapie/osteopathischer Behandlung?

Kauen Sie sehr viel Kaugummi?

BITTE WENDEN

ÄRZTLICHE ANAMNESE

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen.

Herz-/Kreislaufkrankung? (z. B. Herzfehler, Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzmuskelentzündung, Herzklappenentzündung, künstliche Herzklappe, Herzschrittmacher, hoher Blutdruck, niedriger Blutdruck, Rhythmusstörungen, Herzschwäche)

Gefäßkrankung? (z. B. Schlaganfall, Durchblutungsstörungen, Krampfadern, Thrombosen)

Atemwegs-/Lungenerkrankung? (z. B. Asthma, Lungenentzündung, Tuberkulose, chronische Bronchitis)

Lebererkrankung? (z. B. Gelbsucht, Leberverhärtung, Fettleber, Gallensteine, Hepatitis)

Magen-/Darmerkrankung? (z. B. Geschwür, Sodbrennen, Refluxkrankheit)

Augenerkrankung? (z. B. Star, starke Einschränkung der Sehkraft, Blindheit)

Bluterkrankung? (z. B. Gerinnungsstörungen bei sich selbst, - bei Blutsverwandten, häufiges Nasenbluten, blaue Flecken schon nach leichten Berührungen, Nachbluten im Anschluss an Operationen)

Immunschwäche? (z. B. Einnahme von Cortison, Organtransplantation, HIV-positiv / AIDS)

Allergien? (z. B. Medikamente, Pflaster, Latex) Falls vorhanden, Allergiepass mitbringen! Welche?

Wurden bzw. werden Sie zurzeit mit Bisphosphonaten behandelt? (Wegen welcher Erkrankung?, Seit wann?, Mit welchem Präparat?)

Andere Erkrankungen oder Behinderungen? (z. B. Krebs)

Rauchen Sie? Wieviel durchschnittlich?

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente? (z. B. Aspirin®, Marcumar®)

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Welche?

Nehmen Sie Kontrazeptiva (Anti-Baby-Pille) ein?

Schwangerschaft? Falls ja, wievielte Schwangerschaftswoche?

CO-THERAPEUTEN

Bitte Namen und Praxis-/Klinikadresse angeben.

Mein behandelnder Hausarzt ist

Meine derzeit behandelnden Fachärzte sind

Den Anamnesebogen habe ich verstanden und die Fragen korrekt beantwortet.

Altstadt, den

Unterschrift

