



Anamnesebogen

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Liebe Patientinnen und Patienten!

Bitte helfen **Sie** uns, damit wir Ihnen bei der Behandlung die bestmögliche medizinische Betreuung zukommen lassen können. Um gesundheitliche Risiken zu vermeiden, ist es wichtig, dass Sie alle folgenden Fragen gewissenhaft beantworten.

Mit Ihren Antworten gehen wir vertraulich um. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich der Behandlung in unserer Praxis!

Hausarzt: _____

Telefon: _____

Adresse: _____

Spezialist: _____

Telefon: _____

Adresse: _____

Bitte kreuzen Sie aktuelle und/oder überstandene Krankheiten bzw. Besonderheiten an.

Herz

- Herzinfarkt wann: _____
- Angina Pectoris (Herzschmerzen)
- Herzfehler
- Herzinsuffizienz, Herzschwäche, (Atemnot bei Anstrengungen)
- Herzmuskelerkrankung
- Herzrhythmusstörung
- Herzklappen-Entzündung/-Fehler
- Herzklappenersatz
- Herzschrittmacher/Defibrillator

Kreislauf

- hoher Blutdruck
Wert: _____
- niedriger Blutdruck
- Ohnmachtsanfälle/Kollaps

Lunge und Atemwege

- Lungenentzündung
- Asthma bronchiale
- allergisches Asthma
- Reizhusten
- Tuberkulose
- chronische Bronchitis, COPD
- Schlafapnoe
- _____

Gefäße

- Schlaganfall wann: _____
- Krampfadern, Thrombose
- Embolie
- Durchblutungsstörung
- Angioödem
- _____



Allergie/Überempfindlichkeit

Gegen:

- Medikamente: _____
- Latex
- Metall: _____
- sonstiges: _____
- _____
- Allergiepass vorhanden

Nieren

- Nieren – Entzündung/-Insuffizienz
- Dialyse: an welchen Tagen
- _____

Leber

- Gelbsucht (Hepatitis):
 - A
 - B
 - C
- Leberzirrhose (Fettleber)
- Leberfunktionsstörungen
- _____

Stoffwechsel

- Zuckerkrankheit Diabetes mellitus
 - Typ I
 - Typ II
- Schilddrüsenüberfunktion
- Schilddrüsenunterfunktion
- Kropf
- _____

Infektion

- Aphthen
- Herpes labiales
- Herpes Zoster, Gürtelrose
- HIV Infektion
- _____

Magen/Darm

- Geschwür
- Sodbrennen, Refluxkrankheit
- Verdauungsstörung
- _____

Blut

- Gerinnungsstörung
- blaue Flecken, Nasenbluten auch ohne Verletzungen
- Nachblutungen nach Operationen
- blutverdünnende Medikamente
- Blutkrebs (Leukämie)
- Blutarmut, Anämie
- _____

Nerven und Gemüt

- Krampfanfälle (z. B. Epilepsie)
- Lähmungen
- geistige Behinderung
- Morbus Parkinson
- Depression
- Demenz
- Angstzustände
- Stress
- _____

Skelettsystem

- Gelenkerkrankungen (Rheuma, Arthrose)
- künstliche Gelenke
wann: _____
- Wirbelsäulenerkrankungen (HWS, -syndrom, Bandscheibenvorfall)
- Muskelerkrankung
- körperliche Behinderung
- Osteoporose
- _____



Augen

- Sehbehinderung
- Glaukom / grüner Star
- _____

Ohr

- Tinnitus
- Operationen
- Hörgerät
- _____

andere Erkrankungen/Besonderheiten

- Tumorerkrankung
- rheumatische Erkrankungen
- Transplantationen
- Rollstuhl, Rollator
- _____

Rauchen

- Wie viel durchschnittlich?
- _____

Alkohol/Drogen

- gelegentlich
- regelmäßig größere Mengen
- welche: _____

Schwangerschaft

- vor. Entbindungstermin: _____

blutgerinnungshemmende Medikamente

Dauerhaft oder in den letzten Tagen:

- Aspirin
- ASS
- Clopidogel
- Marcumar
- Plavix
- Brilique
- _____
- _____

regelmäßig eingenommene Medikamente

- Blutdruckmittel
- Herzmedikamente
- Schmerzmittel
- „Anti-Baby-Pille“
- Psychopharmaka
- Antidiabetika
- homöopathische Medikamente
- Lungenmedikamente
- Bisphosphonate z. B.: Bonviva, Bondronat, Actonel, Fosavance, Fosamax, Zometa, Zoledron(säure), Aredia, Aclasta, Pamidron(säure), Alendron(säure)

Bitte alle Medikamente angeben:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- Antibiotika in den letzten 3 Monaten



Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen

- Ist ein Zahn besonders empfindlich?
- Haben Sie häufiger Zahnfleischbluten?
- Hatten Sie jemals eine Parodontitis-Behandlung?
- Stört ein Zahn beim Kauen, Schließen, Schlucken, Sprechen?
- Haben Sie Kiefergelenksbeschwerden?
- Haben Sie Halswirbelsäulenbeschwerden?
- Knirschen/Pressen Sie?
- Schnarchen Sie?
- Haben Sie bei sich schlechten Atem bemerkt?
- Hatten Sie Operationen im Mund-, Kiefer- oder Gesichtsbereich?
- Haben Sie bereits Implantate erhalten?
- Sind Sie mit Ihrem Zahnersatz (fest/herausnehmbar) zufrieden?
- Besitzen Sie einen Röntgenpass?
- Hatten Sie ungewöhnliche Reaktionen auf zahnärztliche Behandlungsmaßnahmen z. B. bei Spritzen oder Medikamenten?
Welche: _____
- Wünschen Sie regelmäßig eine professionelle Zahnreinigung?

professionelle Zahnreinigung:

Wir empfehlen allen unseren Patienten regelmäßig eine Prophylaxe bei einer Zahnmedizinischen Fachhelferin durchführen zu lassen, um Zahn- und Zahnfleischerkrankungen vorzubeugen.

Die Kosten und die Dauer der Behandlung beziehen sich auf die zu behandelnden Zähne. Wir klären Sie gerne auf.

Wir bemühen uns sehr, lange Wartezeiten zu vermeiden. Wir bitten daher auch Sie, Ihre Termine pünktlich einzuhalten oder möglichst rechtzeitig abzusagen, falls Sie einmal verhindert sein sollten.

Sollten Ihnen die Wartezeiten zu lang erscheinen, melden Sie sich bitte an der Rezeption.

Recallsystem:

Möchten Sie in regelmäßigen Abständen durch eine Postkarte, Telefon oder E-Mail an Ihre zahnärztlichen Kontrolltermine erinnert werden?

Ja	Nein
----	------

- Telefon: _____ E-Mail: _____ Postkarte

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Hausarzt Freunde/Bekannte Internet Sonstiges



Teilen Sie uns bitte mit, wenn sich Ihre Angaben verändert haben.
Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Unterschrift	Datum	Bitte zutreffendes ankreuzen	
_____	_____	<input type="checkbox"/> keine Änderung	<input type="checkbox"/> Änderung
_____	_____	<input type="checkbox"/> keine Änderung	<input type="checkbox"/> Änderung
_____	_____	<input type="checkbox"/> keine Änderung	<input type="checkbox"/> Änderung
_____	_____	<input type="checkbox"/> keine Änderung	<input type="checkbox"/> Änderung
_____	_____	<input type="checkbox"/> keine Änderung	<input type="checkbox"/> Änderung
_____	_____	<input type="checkbox"/> keine Änderung	<input type="checkbox"/> Änderung
_____	_____	<input type="checkbox"/> keine Änderung	<input type="checkbox"/> Änderung
_____	_____	<input type="checkbox"/> keine Änderung	<input type="checkbox"/> Änderung
_____	_____	<input type="checkbox"/> keine Änderung	<input type="checkbox"/> Änderung
_____	_____	<input type="checkbox"/> keine Änderung	<input type="checkbox"/> Änderung
_____	_____	<input type="checkbox"/> keine Änderung	<input type="checkbox"/> Änderung
_____	_____	<input type="checkbox"/> keine Änderung	<input type="checkbox"/> Änderung
_____	_____	<input type="checkbox"/> keine Änderung	<input type="checkbox"/> Änderung
_____	_____	<input type="checkbox"/> keine Änderung	<input type="checkbox"/> Änderung
_____	_____	<input type="checkbox"/> keine Änderung	<input type="checkbox"/> Änderung
_____	_____	<input type="checkbox"/> keine Änderung	<input type="checkbox"/> Änderung
_____	_____	<input type="checkbox"/> keine Änderung	<input type="checkbox"/> Änderung
_____	_____	<input type="checkbox"/> keine Änderung	<input type="checkbox"/> Änderung
_____	_____	<input type="checkbox"/> keine Änderung	<input type="checkbox"/> Änderung
_____	_____	<input type="checkbox"/> keine Änderung	<input type="checkbox"/> Änderung
_____	_____	<input type="checkbox"/> keine Änderung	<input type="checkbox"/> Änderung