



Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bevor wir Sie zahnmedizinisch untersuchen und betreuen können, benötigen wir einige Informationen von Ihnen. Krankheiten jeglicher Art können Auswirkung auf die zahnärztliche Behandlung haben, daher sind die nachstehenden Fragen mit Sorgfalt zu beantworten. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der Schweigepflicht. Sollten Schwierigkeiten oder Fragen bei der Beantwortung auftreten, so stehen wir Ihnen gerne helfend zur Verfügung.

Angaben zum Patienten / zur Patientin:

Nachname	Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
----------	---------	--------------	------------

Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Wohnort

Festnetznummer	Mobilnummer	E-Mail
----------------	-------------	--------

Angaben zum Mitglied / Zahlungspflichtigen:

Nachname	Vorname	Geburtsdatum
----------	---------	--------------

Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Wohnort

Festnetznummer	Mobilnummer	E-Mail
----------------	-------------	--------

Beruf	Arbeitgeber
-------	-------------

Festnetznummer an Ihrem Arbeitsplatz

Versichert bei

Gesetzlich Privat Zusatzversichert

Ich möchte an meine nächsten Termine per SMS erinnert werden.

Ich möchte in den Recall aufgenommen werden und werde somit postalisch an die Vorsorgeuntersuchung erinnert

Fragen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand:

1. Leiden oder litten Sie unter einer oder mehreren der folgenden Erkrankungen?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Augenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Bluterkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus (Typ I/II) | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Infektionserkrankungen (HIV, TBC, Hepatitis etc.) | |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Neurologische Erkrankungen (Lähmungen, Epilepsie etc.) | |
| <input type="checkbox"/> Tinnitus | <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen | <input type="checkbox"/> Psychische Erkrankung |
| <input type="checkbox"/> Migräne | <input type="checkbox"/> Angstzuständen | |

Hausarzt: _____

Sonstige Erkrankungen: _____

3. Haben Sie einen Herzschrittmacher? Ja Nein

4. Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente wie ASS, Marcumar, Xarelto etc. ein?

Ja, ich nehme _____ Nein

5. Nehmen Sie Bisphosphonate ein?

Ja, ich nehme _____ in Tablettenform Nein

Ja, ich bekomme _____ intravenös

5. Sind Ihnen allergische Reaktionen/ Unverträglichkeiten bekannt?

Ja, auf _____ Nein

Allergiepass vorhanden? Ja Nein

6. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche Medikamente? _____

7. Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein

Wenn ja, warum? _____

8. Rauchen Sie? Ja, _____ Zigaretten am Tag, seit _____ Jahren Nein

9. Für Frauen:

Besteht eine Schwangerschaft? Ja, seit: _____ Wochen Nein

Fragen zu Ihrer Zahngesundheit:

1. Wann fand die letzte zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung statt? _____

2. Hat bereits eine zahnärztliche Röntgenuntersuchung stattgefunden?

Ja, am: _____ bei: _____

Nein

3. Wann fand die letzte professionelle Zahnreinigung statt? _____

4. Welche zahnmedizinischen Behandlungen wurden bereits bei Ihnen durchgeführt?

5. Haben Sie akute Beschwerden an den Zähnen? Ja Nein

6. Haben Sie bereits ein Zahnimplantat erhalten? Ja Nein

7. Wurden Ihre Weisheitszähne bereits entfernt? Ja Nein

8. Neigen Sie zu Zahnfleischblutungen? Ja Nein

9. Wie oft putzen Sie Ihre Zähne? 1x täglich 2x täglich 3x täglich

10. Womit putzen Sie Ihre Zähne? Handzahnbürste Elektrische Zahnbürste

11. Verwenden Sie Zahnseide oder eine Zahnzwischenraumbürste zur Reinigung Ihrer Zähne?

Ja Täglich Gelegentlich Selten Nein

Fragen zu Ihrer Ernährung:

1. Ich esse überwiegend:

Süß Gemüse Obst Fast Food Gemischt

2. Ich trinke überwiegend:

Wasser Tee/Kaffee Säfte Softdrinks Milch

Sonstiges:

1. Welche Behandlung wünschen Sie / Was ist Ihr Anliegen?

2. Sollen wir bei Ihrer Behandlung auf etwas besonderes achten? _____

3. Wie sind Sie auf die Zahnarztpraxis Dr. Böhland & Kollegen aufmerksam geworden?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Bitte teilen Sie uns mit, wenn sich etwas in Ihrer Anamnese ändert.

Wir sind immer bemüht Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sein sollten.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtig- und Vollständigkeit meiner Angaben.

Datum

Ort

Unterschrift des Patienten