

# Anamnesebogen



Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Auch im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung ist es wichtig über Ihren Gesundheitszustand bestmöglich informiert zu sein.

Das Praxisteam bittet Sie daher, nachfolgende Fragen sorgfältig zu lesen und zu beantworten bzw. zusätzliche Angaben handschriftlich zu ergänzen.

## Persönliches

Name, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsname
Straße	PLZ, Ort	Geburtsort
Telefon Festnetz	Telefon Arbeit	Telefon Mobil
E-Mail	Beruf, Arbeitgeber	

## Versicherung

Krankenkasse

- |   |   |                                     |
|---|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gesetzlich versichert  | <input type="checkbox"/> Privat versichert  | <input type="checkbox"/> Basistarif |
| <input type="checkbox"/> Zahnzusatzversicherung | <input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigt |                                     |

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

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ, Ort

## ■ Allgemeine Gesundheitssituation

Leiden Sie derzeit oder litten Sie jemals an einer der folgenden Erkrankungen?

### Herz/Kreislauf:

- hoher Blutdruck
- niedriger Blutdruck
- Angina pectoris
- Herzinfarkt
- Herzfehler
- Herzmuskelentzündung
- Herzklappenentzündung
- künstliche Herzklappe
- Rhythmusstörungen
- Herzschrittmacher
- Herzschwäche
- oder \_\_\_\_\_

### Gefäße:

- Schlaganfall
- Thrombose
- Durchblutungsstörungen
- Krampfadern
- oder \_\_\_\_\_

### Blut:

- Gerinnungsstörungen
- Nachbluten nach Operationen
- häufiges Nasenbluten
- blaue Flecken auch ohne Verletzungen

### Leber:

- Fettleber
- Leberzirrhose
- Hepatitis  A  B  C
- Gelbsucht
- Gallensteine
- oder \_\_\_\_\_

### Niere:

- Nierensteine
- Nierenentzündung
- Dialysepflichtig
- oder \_\_\_\_\_

### Magen/Darm:

- Verdauungsstörungen
- Sodbrennen
- Refluxkrankheit
- Geschwür
- oder \_\_\_\_\_

### Atemwege/Lunge:

- chronische Bronchitis
- Lungenentzündung
- Tuberkulose
- Asthma
- COPD
- Lungenemphysem
- Schlafapnoe
- Schnarchen Sie?
- oder \_\_\_\_\_

### Augen:

- Grüner Star
- Grauer Star
- starke Einschränkung der Sehkraft
- Blindheit
- oder \_\_\_\_\_

### Skelettsystem/Knochen:

- Osteoporose
- Gelenkerkrankungen
- künstliche Gelenke
- Muskelerkrankungen
- Muskelschwäche
- Fibromyalgie
- Rückenbeschwerden
- Bandscheibenbeschwerden
- Wurden Sie in der Vergangenheit oder werden Sie zurzeit mit **Bisphosphonaten** behandelt (Infusionen, Tabletten)?  
Wegen welcher Erkrankung?  
\_\_\_\_\_  
Wenn ja welches Präparat?  
\_\_\_\_\_

### Stoffwechsel:

- Zuckerkrankheit:
  - Diabetes mellitus Typ 1
  - Diabetes mellitus Typ 2
- Schilddrüsenunterfunktion
- Schilddrüsenüberfunktion
- oder \_\_\_\_\_

### Nerven/Gemüt:

- Krampfanfälle (Epilepsie)
- Lähmungen
- Depressionen
- Angstzustände
- oder \_\_\_\_\_

**Allergien und/oder**

**Überempfindlichkeiten gegen:**

- Heuschnupfen
- Nahrungsmittel
- Fruchtzucker
- Antibiotika
- Schmerzmittel
- Jod
- Pflaster
- Latex (z.B. Gummihandschuhe)
- Metalle
- oder \_\_\_\_\_
- Allergiepass vorhanden

**Immunschwäche:**

- Einnahme von Cortison
- Zustand nach Organtransplantation
- AIDS, HIV
- Bestrahlung, Chemotherapie
- Blutkrebs
- oder \_\_\_\_\_

**Andere Erkrankungen oder Behinderungen:**

- Tumorerkrankungen, z.B. Brustkrebs, Prostatakrebs
- oder \_\_\_\_\_

**Gerinnungshemmende Medikamente:**

Dauerhaft oder in den letzten Tagen, z.B.

- Aspirin
- ASS
- Brilique
- Ticagrelor
- Marcumar
- Eliquis
- Xarelto
- Aggrenox
- Efient
- Pradaxa
- Falithrom/Phenprocoumon
- Plavix/Iscover/Clopidogrel
- Ticlopidin
- oder \_\_\_\_\_

**Regelmäßige Medikamente:**

- Blutdruckmedikamente
- Herzmedikamente
- Schmerzmittel
- Rheumamittel
- Psychopharmaka
- „Antibabypille“
- Antidiabetika
- oder \_\_\_\_\_

**Antibiotika in den letzten 3 Monaten**

- ständige ärztliche Behandlung**  
weshalb \_\_\_\_\_

**letzte zahnärztliche Untersuchung**

wann \_\_\_\_\_

- ungewöhnliche Reaktionen auf zahnärztliche  
Behandlungsmaßnahmen, z.B. Spritzen,  
Medikamente

**Auffälligkeiten im Mund/Zahn-Bereich:**

- temperaturempfindliche Zähne
- Zahnfleischbluten
- Stellungsveränderung der Zähne
- Zahnspange in der Vergangenheit
- Zahnverlust durch Karies
- Zahnverlust durch Zahnlockerung
- oder \_\_\_\_\_

**Trinken Sie Alkohol?**

- Gelegentlich
- Regelmäßig, wie viel?  
\_\_\_\_\_

Sind Sie mit einer Fotodokumentation einzelner Behandlungsschritte einverstanden?

JA

NEIN

Sind Sie damit einverstanden, dass Bilder aus der Fotodokumentation an die Zahntechnik /  
ein Fremdlabor weiter gegeben werden?

JA

NEIN

Haben Sie einen Implantatpass, Röntgenpass oder ein Bonusheft? \_\_\_\_\_

**Sind Sie schwanger?**

Welche Schwangerschaftswoche? \_\_\_\_\_

**Rauchen Sie?**

Wie viel durchschnittlich pro Tag? \_\_\_\_\_

Bei **Kindern**: Liegt ein geteiltes Sorgerecht vor?

**JA**

**NEIN**

Mein Hausarzt ist (Name, Adresse): \_\_\_\_\_

---

Um einen zügigen und flexiblen Behandlungsablauf zu gewährleisten, möchten wir Sie hiermit informieren, dass die Kommunikation mit Versicherungen und Abrechnungsstellen auch auf elektronischen Weg, z.B. per Email erfolgen kann.

Ihre Angaben werden von uns elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht.

Bitte teilen Sie uns jede Änderung der Anschrift, des Gesundheitszustandes, von Medikamenteneinnahmen und bei Frauen eine eventuelle Schwangerschaft mit!

Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_



**Dr. med. Helga Heß**  
Zahnärztin