



Anamnesebogen

Lieber Patient,
 für Ihre Behandlung ist die Kenntnis bereits bestehender Erkrankungen zwingend notwendig, daher möchte ich Sie bitten, die nachfolgenden Fragen möglichst vollständig zu beantworten. *(zutreffendes ankreuzen bzw. mit ja oder nein beantworten)*

Nachname	_____	Straße	_____
Vorname	_____	Wohnort	_____
Geburtsdatum	_____	Beruf	_____
Geburtsort	_____	Telefon privat	_____
Hausarzt	_____	Telefon beruflich	_____
Zahnarzt, bisher	_____	E-Mail Adresse	_____
Krankenkasse	_____	Beihilfe oder	_____
selbst versichert?		Zusatzversicherung?	

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? _____

Wenn auf Patientenempfehlung, mit welchem Grund? _____

Was ist der Grund für Ihren Zahnarztbesuch?

Kontrolluntersuchung Schmerzen spezielle Zahnfleischprobleme Anderer

Was ist Ihrer Meinung nach ein Problem in Ihrer Mundhöhle oder an Ihren Zähnen?

Sind Sie gegenwärtig in ärztlicher Behandlung? Ja Nein
 Wenn ja, weswegen? _____

Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein? Ja Nein
 Wenn ja, welche? _____

Leiden oder litten Sie an folgenden Herz/Kreislaufferkrankungen? Vorhofflimmern
 Herzinfarkt, wann _____ Angina Pectoris angeborene Missbildung des Herzens
 Herzoperationen Herzschrittmacher hoher Blutdruck
 niedriger Blutdruck Endokarditis Herzklappenfehler/künstliche Herzklappen

Nehmen Sie Blutverdünnende Medikamente ein? Ja Nein
 Nehmen Sie Naturmittel? Ginseng Leiden Sie unter Depressionen? Ja Nein
 Neigen Sie zu Ohnmachtsanfällen? Ja Nein

Leiden Sie an folgenden Erkrankungen?: Ja Nein
 Schlaganfall, wann _____ Blutgerinnungsstörungen (langes Nachbluten)
 Aids/HIV Creutzfeldt Jakob Krankheit (CJK)
 Mucoviszidose Schilddrüsenerkrankung Diabetes (Zuckerkrankheit)
 Rheumatisches Fieber Nierenerkrankung Hepatitis (Gelbsucht)
 Tuberkulose Asthma MRSA
 Hereditäres Angioödem Rheuma Glaukom (grüner Star)

Sind Sie Bluter? Ja Nein
 Haben Sie je epileptische Anfälle gehabt? Ja Nein
 Haben Sie je unangenehme Reaktionen mit folgenden Medikamenten oder Materialien erlebt? Ja Nein
 Aspirin Penicillin Jod
 zahnärztliches Anästhetikum (Spritze)

BITTE WENDEN ==>

Leiden Sie an Allergien? Ja Nein
Wenn ja, an welchen? _____

Leiden Sie an anderen Erkrankungen? Ja Nein
wenn ja, an welchen: _____

Hat bei Ihnen eine Betäubung (Spritze) jemals nicht gut gewirkt? Ja Nein
In welchem Zusammenhang? _____

Fühlen Sie sich tagsüber müde? Ja Nein Schlafen Sie gut? Ja Nein

Bemerken Sie oder Ihr Bett Nachbar, dass Sie Schnarchen? Ja Nein

Bitte lesen Sie beiliegendes Aufklärungsformular über die zahnärztliche Lokalanästhesie durch
und unterschreiben Sie es.
Auf tretenden Fragen beantworte ich Ihnen gerne bei unserem ersten Kennenlernen im Anschluss.

Möchten Sie, dass hochwertiges Füllungsmaterial für Ihre Zähne verwendet wird? (mit Zuzahlung) Ja Nein

Rauchen Sie? Ja Nein Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? _____ Stück

Frauen: Sind Sie schwanger? Ja Nein Wenn ja, in der wievielten Woche _____
Stillen Sie? Ja Nein
Nehmen Sie die Anti-Baby-Pille? Ja Nein

Sind Sie in den letzten 2 Jahren an den Zähnen geröntgt worden? Ja Nein

Tragen Sie festsitzender Zahnersatz (Kronen, Brücken)? Ja Nein Wenn ja, seit wann: _____
Tragen Sie abnehmbaren Zahnersatz (Prothesen)? Ja Nein Wenn ja, seit wann: _____
Haben Sie Implantate? Ja Nein Wenn ja, seit wann: _____

Beobachten Sie oder Ihre Mitmenschen bei Ihnen Mundgeruch? Ja Nein

Verwenden Sie täglich:

O Zahnpasta, welche _____ O Mundspüllösung O Fluorid Gel
O elektrische Zahnbürste O Zwischenraumreinigungsbürste O Zahnseide O Zungenreiniger
O welche andere Zahnbürste? _____

Unsere Praxis wird nach einem Bestellsystem geführt, wir bitten Sie daher die Termine pünktlich einzuhalten bzw. gegebenenfalls frühzeitig - **spätestens 24 Stunden vorher** - abzusagen. Ansonsten sehen wir uns gezwungen, Ihnen ein Ausfallhonorar in Höhe 39 Euro pro halbe Stunde in Rechnung zu stellen, es sei denn, der Patient bleibt unverschuldet dem Behandlungstermin fern. In diesem Fall hat der Patient dem Zahnarzt die Gründe unverzüglich schriftlich mitzuteilen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich das wahrheitsgetreue Ausfüllen und Kenntnisnahme des Fragebogens.

Bei Änderungen der Medikamenteneinnahme oder Adresse, sowie neu erworbene Krankheiten werde ich Frau Dr. Breuer dies umgehend mitteilen.

Datum

Unterschrift

Datum

Unterschrift

Datum

Unterschrift

Datum

Unterschrift

Datum

Unterschrift

Datum

Unterschrift

Datum

Unterschrift

Datum

Unterschrift

Datum

Unterschrift