



## Anamnesebogen

bitte nehmen Sie sich ein paar Minuten Zeit, um den vorliegenden Fragebogen vollständig zu bearbeiten. Mit dem Ausfüllen tragen Sie dazu bei, dass wir Ihren Gesundheitszustand gut beurteilen und Sie damit auch besser behandeln können.

Alle Daten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Vielen Dank für Ihre Mühe.

NAME ..... VORNAME..... GEBURTSDATUM.....

WOHNORT + PLZ ..... STRASSE + NR .....

BERUF ..... ARBEITGEBER .....

TELEFON privat ..... TELEFON beruflich .....

Falls Sie nicht selbst Mitglied der Krankenkasse sind, benötigen wir ebenso die persönlichen Daten des zugehörigen Krankenkassenmitglieds:

NAME .....VORNAME.....GEBURTSDATUM .....

WOHNORT + PLZ ..... STRASSE + NR .....

Ihre KRANKENVERSICHERUNG / KRANKENKASSE: .....

Sind Sie Beihilfeberechtigt? Ja  Nein

## Allgemeine Anamnese

(Zutreffendes ankreuzen, gegebenenfalls unterstreichen)

	Ja	Nein
Sie sind zur Zeit in ärztlicher Behandlung - wenn ja, bei welchem Arzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hausarzt \_\_\_\_\_ Facharzt \_\_\_\_\_

Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht - wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Benötigen Sie ständig Medikamente - wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Hatten oder haben Sie eine der nachfolgend aufgeführten Krankheiten?

Hepatitis A, Hepatitis B oder Hepatitis C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

HIV, Aidsinfektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------	--------------------------	--------------------------

Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------	--------------------------	--------------------------

Herz-Kreislauf: Infarkt / Endokarditis / Blutdruck zu hoch - zu niedrig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Künstliche Herzklappen oder Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Epileptische Anfälle / Krämpfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------------	--------------------------	--------------------------

Eine Tumorerkrankung/ Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---------------------------------------	--------------------------	--------------------------

	Ja	Nein
Osteoporose,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nehmen und bekamen Sie Medikamente oder eine Infusion gegen Osteoporose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stoffwechsel: Diabetes (Zucker) / Erkrankung der Schilddrüse / Bauchspeicheldrüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lunge und Atemwege: Asthma / Bronchitis / Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hals / Nasen / Ohren: Kiefer- bzw. Stirnhöhlen / Mandeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgefäße: Durchblutungsstörungen / Thrombose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankung der Leber / Hepatitis / Gelbsucht / Galle / Magen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haut bzw. Schleimhaut: Ausschlag / Allergie / Heuschnupfen / Herpes / Pilzinfektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie einen Allergiepass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie eine Metallunverträglichkeit insbesondere auf Modeschmuck/ Knöpfe/ Nickel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen der Wirbelsäule / Halswirbelsäule / Gelenke / Muskulatur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatische Erkrankungen: Weichteilrheuma / Gelenkrheumatismus/ Fibromyalgie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige ernsthaften Erkrankungen, insbesondere gesetzlich meldepflichtig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie häufig an:	Ja	Nein
Kopfschmerzen oder Migräne oder Schmerzen im Gesicht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkältungs- oder Infektionskrankheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nacken- oder Rückenschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tinnitus (Ohrgeräusche) oder Hörsturz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertragen Sie Medikamente/ Spüllösungen auf alkoholischer Basis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegt eine Schwangerschaft vor - wenn ja, in der wievielten SW befinden Sie sich? ____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Zahnärztliche Anamnese

Haben Sie Schmerzen? - wenn ja: Wo? Zähne / Zahnfleisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wann? immer / nachts / beim Essen (heiß/kalt)		
beim Beißen bzw. auf Druck / beim Bücken		
Haben Sie schon eine zahnärztliche Spritze erhalten - wenn ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie irgendeine außergewöhnliche Reaktion? _____		
Benötigen Sie eine Antibiotika-Gabe vor zahnärztlichen Eingriffen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Probleme mit Ihrem Zahnfleisch? Blutung / Rückgang / Brennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beobachten Sie, dass Zähne wandern oder Zahnlockerung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie schon einmal eine Parodontosebehandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie manchmal / häufig einen schlechten Geschmack im Mund oder Mundgeruch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie manchmal einen metallenen Geschmack im Mund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie manchmal / häufig einen trockenen Mund oder Durstgefühl?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie eine kieferorthopädische Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben oder hatten Sie jemals Schmerzen oder Probleme bei der Mundöffnung / der Unterkieferbewegung / beim Kauen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja	Nein
Ist Ihnen oder einem Angehörigen aufgefallen, dass Sie mit den Zähnen knirschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie schon einmal bemerkt, dass Sie Ihre Zähne stark aufeinander pressen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie wurden Sie auf uns aufmerksam? _____		
Was ist der Grund für Ihren Praxisbesuch? _____		
Haben Sie Angst vor der Behandlung? _____		
Was können wir tun, damit Sie sich wohlfühlen? _____		
Welchen Stellenwert hat Qualität für Sie? _____		
Wie wichtig ist Ihnen die Ästhetik Ihrer Zähne?	sehr wichtig	<input type="radio"/>
	wichtig	<input type="radio"/>
	nicht so wichtig	<input type="radio"/>
	egal	<input type="radio"/>
Wünschen Sie Informationen über:		
Implantate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halitosis (Mundgeruch)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PZR (Professionelle Zahnreinigung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kariesprophylaxe bei Kindern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parodontitis (Zahnbettentzündung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bleaching (Zahnaufhellung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ästhetischer metallfreien Zahnersatz wie Kronen, Brücken, Inlays und Füllungen aus Keramik?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amalgamsanierung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie mit Ihren Zähnen/ Ihrem Lachen zufrieden - wenn nein: warum nicht: Farbe / Form / Stellung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist der Gedanke eventuell eine Prothese tragen zu müssen unangenehm für Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betreiben Sie bereits systematisch häusliche Mundhygiene?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Möchten Sie halbjährlich an einen Termin erinnert werden (Recall) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Ihre Zähne innerhalb des vergangenen Jahres geröntgt? wenn ja, wann ca.? _____ bei wem? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Endlich haben Sie es geschafft!**

Nochmals vielen Dank, dass Sie alle Fragen so sorgfältig beantwortet haben. Sollte das Ausfüllen Ihnen bei irgendeinem Thema Probleme bereitet haben, so sprechen Sie uns bitte darauf an. Je besser wir informiert sind, umso besser können wir Sie behandeln.

Datum/ Unterschrift: \_\_\_\_\_