



## Liebe Patientin, lieber Patient,

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

### Persönliches

Name / Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Straße / Nr. \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_  
Tel. privat \_\_\_\_\_ Tel. mobil \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

### Krankenkasse / private Krankenversicherung

gesetzlich versichert	ja	nein	privat versichert	ja	nein	Basistarif	ja	nein
zusätzlich versichert	ja	nein	beihilfeberechtigt	ja	nein			

### Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name / Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Straße / Nr. \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_

### Wer ist Ihr Hausarzt?

Name \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_

### Hinweise zur Organisation

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte sagen Sie ihn mindestens **24 Stunden vorher** ab.

### Hinweise zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen **bis zu 24 Stunden** beeinträchtigt sein kann. Dies kann sowohl durch die Behandlung selbst, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten hervorgerufen werden. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gerne ein Taxi, das Sie sicher nach Hause bringt.

### In eigener Sache

#### Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Wir wurden Ihnen von Bekannten empfohlen \_\_\_\_\_ Telefon- / Branchenbuch \_\_\_\_\_ Zeitungsanzeige \_\_\_\_\_  
Überweisung von \_\_\_\_\_  
Internet, über die Seite \_\_\_\_\_ Sonstiges \_\_\_\_\_

Falls wir empfohlen wurden, haben Sie sich im Vorfeld unseren Internetauftritt angesehen? ja nein

# ANAMNESEBOGEN

## Warum suchen Sie uns auf? Wünschen Sie eine/n ...

Routinekontrolle	neuen Zahnersatz
Beratung	„zweite Meinung“
Schmerzbehandlung	andere Gründe:

## Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie eine/n ...

Herzklappenerkrankung/-OP	Angina Pectoris
Herzschrittmacher	Defibrillator
Herzmuskelentzündung	Herzinfarkt

## Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der / des ...

Herzens oder Kreislaufs	ja	nein
Leber	ja	nein
Nieren	ja	nein
Magen-Darm-Traktes	ja	nein
Lunge	ja	nein
Schilddrüse	ja	nein
Bewegungsapparat	ja	nein

## Haben oder hatten Sie ...

hohen Blutdruck	ja	nein
niedrigen Blutdruck	ja	nein
Schlaganfall	ja	nein
Blutgerinnungsstörung	ja	nein
Osteoporose	ja	nein
Diabetes	ja	nein
Zahnfleischbluten	ja	nein
Ohrensausen / Tinnitus	ja	nein
Schluckbeschwerden / Kloßgefühl	ja	nein
Epilepsie	ja	nein
Grünen Star	ja	nein
Tuberkulose	ja	nein
MRSA / Krankenhauskeime	ja	nein
HIV (Aids)	ja	nein
Tumore / Bestrahlung / Chemo	ja	nein
Hepatitis	A	B C

Sonstige Infektionen / ansteckende Erkrankungen:

Allergien: ja nein

Medikamenten-/Spritzenunverträglichkeit: ja nein

Schwangerschaft: ja nein

SSW: \_\_\_\_\_

## Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Herzmedikamente	Cortison (Kortikoide)
Schmerzmittel	Antidepressiva
Antiepileptika	Knochenstoffwechsel Med.
blutverdünnende Medikamente:	

andere:

Knirschen Sie mit den Zähnen?	ja	nein
Fühlen Sie sich psychisch belastet?	ja	nein
Rauchen Sie?	ja	nein
Drogen/Alkohol/Sucht?	ja	nein

Bei Unklarheiten bringen Sie uns bitte zur Sicherheit Ihren Medikamentenzettel von Ihrem Hausarzt mit.

## Was möchten Sie uns vor Ihrer Behandlung sonst noch mitteilen?

---

---

---

Datum

Unterschrift  
(bei Minderjährigen gesetzlicher Vertreter)