

# Zahnmedizinischer Anamnesebogen

## Herzlich Willkommen!

Damit Ihre Behandlung in unserer Praxis nach Ihren Wünschen und auf Ihren Gesundheitszustand individuell angepasst werden kann, beantworten Sie uns bitte die folgenden Fragen.

Ihre Antworten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht (§203 StGB) und dem Datenschutz.

### Persönliches

Name / Vorname \_\_\_\_\_ Geburtstag \_\_\_\_\_

Straße / Nr. \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_ Pflegestufe \_\_\_\_\_

Zusatzversicherung  ja  nein

Freiwillig versichert  ja  nein

### Für Privatversicherte

Beihilfe

Standardtarif

Basistarif

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

Name / Vorname \_\_\_\_\_ Geburtstag \_\_\_\_\_

Straße / Nr. \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_

### Was ist Ihr Anliegen, was führt Sie zu uns?

\_\_\_\_\_

### Wer ist Ihr Hausarzt?

Name / Ort \_\_\_\_\_

**Recall: Wir möchten Sie gerne an Ihre halbjährliche Vorsorgeuntersuchung erinnern:**  Ja, gerne!

**Wie erreichen wir Sie am besten bei Terminverschiebungen oder zur generellen Kontaktaufnahme?  
Bitte möglichst mehrere Kontaktwege ankreuzen**

per Telefon

per WhatsApp

per E-Mail

per SMS

per Post

**Sind Sie mit der Terminbestätigung | Terminerinnerung einverstanden?**  ja  nein

### Wie haben Sie uns gefunden?

Internet (Google o. Ä.)

Praxisschild / Außenwerbung

Persönliche Empfehlung von: \_\_\_\_\_

**Haben Sie akute Schmerzen?**  ja  nein  
**Wenn ja, wie äußern sich diese?**

- Dauerschmerz
- Zähne reagieren auf süß / sauer
- Empfindlichkeiten
- Zähne schmerzen bei Belastung oder Kauen
- Zähne schmerzen auch ohne Belastung
- Schmerzen oder Entzündungen am Zahnfleisch
- Kiefer-/ Kiefergelenkschmerzen

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

- Herzens oder Kreislaufs  ja  nein
- Leber  ja  nein
- Nieren  ja  nein
- Schilddrüse  ja  nein
- Lunge (Asthma, COPD, ...)  ja  nein
- Ohrsausen / Tinnitus  ja  nein
- Schlafstörungen / Schnarchen  ja  nein

**Haben oder hatten Sie ...**

- Hohen oder niedrigen Blutdruck  ja  nein
- Diabetes  ja  nein
- Osteoporose  ja  nein
- Zahnfleischbluten  ja  nein
- Epilepsie  ja  nein
- Tuberkulose  ja  nein
- HIV (Aids)  ja  nein
- Blutgerinnungsstörungen**  ja  nein
- Hepatitis  ja  nein
- Allergien  ja  nein

- Wenn ja, wogegen? \_\_\_\_\_

Sonstige Infektionen / Erkrankungen / Tumor: \_\_\_\_\_

**Zu Ihrem Herzen - Haben oder hatten Sie ...**

- eine Herzklappenentzündung
- einen Herzschrittmacher
- einen Herzinfarkt

**Medikamente - Nehmen Sie ...**

- Herzmedikamente  Schmerzmittel
- Antidepressiva
- Blutverdünner** z. B. Eliquis, Xarelto, Marcumar, ASS
- Bisphosphonate / Medikamente, die auf den Knochen wirken
- andere Medikamente / ggf. Medikamentenplan

**Sind bei Ihnen Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten?**  ja  nein

- Wenn ja, gegen welche? \_\_\_\_\_

**Für unsere Patientinnen**

Sind Sie schwanger?  ja  nein  ungewiss

**Zum Schluss**

Sind Sie mit Ihrem Lächeln (Form & Zahnfarbe) zufrieden?  ja  nein

Knirschen Sie mit den Zähnen?  ja  nein

Fühlen Sie sich psychisch stark belastet?  ja  nein

Rauchen Sie?  ja  nein

Sind Ihnen Geräusche im Kiefergelenk aufgefallen (z. B. beim Gähnen o. Kauen)?  ja  nein

Schiene für die Nacht vorhanden?  ja  nein

Parodontitis Behandlung  ja  nein

Haben Sie ...

schlechten Atem?  ja  nein

Zahnfleischrückgang?  ja  nein

Kopf- oder Nackenschmerzen?  ja  nein

Wann waren Sie das letzte Mal bei einem Zahnarzt? \_\_\_\_\_

**Wie groß ist Ihre Zahnbehandlungsangst? Bitte einen Strich auf der Skala machen.**



Keine Angst

So starke Angst, dass man glaubt zu sterben

Wir sind eine Bestellpraxis. Wenn Ihr Zahnarzt seine Zeit für Sie reserviert und Sie nicht erscheinen, was dann? Weder er noch seine Mitarbeiter sind in der Zeit beschäftigt. Die ganze Praxis war auf Ihren Besuch eingestellt. Für den Fall, dass Sie eine reservierte Behandlungszeit nicht in Anspruch nehmen können, bitten wir Sie deshalb, rechtzeitig (das heißt möglichst 48 Stunden vorher) abzusagen. Sie erweisen uns und Ihren Mitpatienten damit einen großen Gefallen. Bei mehrmaligen Nichterscheinen ohne vorherige Absage können wir Ihnen aus organisatorischen Gründen keine festen Termine mehr geben. Ausfallzeiten können nach §§ 615 Satz BGB, 287 ZPO berechnet werden.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift