



ANAMNESEBOGEN

Vielen Dank, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen möchten. Um Sie optimal behandeln zu können, bitten wir Sie, diesen Bogen vollständig auszufüllen. Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Sollten sich einige Angaben während des Behandlungszeitraumes ändern, teilen Sie uns diese, auch in Ihrem eigenen Interesse, bitte umgehend mit.

Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen – dadurch kann es in seltenen Fällen zu Zeitverzögerung kommen, Sie werden dann umgehend informiert.

Patientendaten		Versicherter (wenn abweichend vom Patienten)	
Name, Vorname	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße, Nr.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ, Ort	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Beruf	<input type="text"/>	Hausarzt <input type="text"/>	
Telefon	<input type="text"/>		
E-Mail-Adresse	<input type="text"/>		
Versicherung	<input type="text"/>		

Wie kommen Sie zu uns?

Internet Zeitung Telefonbuch Zufall Empfehlung, von wem?

Teil 1 | ALLGEMEINE FRAGEN

ja nein **Der Grund für Ihren Zahnarztbesuch ist?**

Zahnschmerzen

Kontrolluntersuchung

Zahnfleischerkrankung

Zahnfleischbluten

Kopf- und Nackenschmerzen

Kiefergelenksbeschwerden

Hatten Sie nach einem Unfall jemals Beschwerden im Kopf oder Nacken?

Pressen oder Knirschen Sie auf ihren Zähnen?

Wann war ihr letzter Zahnarztbesuch?

Leiden sie unter Mundgeruch?

Sind Sie mit der Farbe ihrer Zähne zufrieden?

Sind Sie mit der Stellung ihrer Zähne zufrieden?

Hatten Sie früher eine Zahnspange?

Haben Sie manchmal das Gefühl von Trockenheit oder Brennen im Mund?

sonstiges

ja nein

Schnarchen Sie?

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele?

Treiben Sie Sport? Welchen?

Interesse an einem Sportmundschutz?

Gefallen Ihnen Ihre Zähne?
Wenn nein, warum?

ja nein Wünschen Sie eine Beratung über:

Individualprophylaxe

Parodontalbehandlung

Ästhetische Füllungen

Zahnaufhellung

Keramische Verblendschalen/Veneers

Implantate

Kieferorthopädie

Kiefergelenkbehandlung

Amalgamentfernung

sonstiges

Teil 2 | MEDIZINISCHE BEFUNDERHEBUNG

ja nein **Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgen-
aufnahmen gemacht worden?**
Wenn ja, wann? _____
Welcher Arzt? _____

ja nein **Herz/Kreislauf**
 Herzfehler
 Angina Pectoris
 Herzklappenentzündung
 Künstliche Herzklappe
 Herzschrittmacher
 Hoher Blutdruck
 Niedriger Blutdruck
 Rhythmusstörungen

sonstiges _____

ja nein **Gefäße**
 Schlaganfall
 Durchblutungsstörungen
 Thrombosen

sonstiges _____

ja nein **Atemwege/Lunge**
 Asthma
 Lungenentzündung
 Tuberkolose
 Chronische Bronchitis
 Schlafapnoe
 Mukoviszidose

sonstiges _____

ja nein **Leber**
 Hepatitis A B C

sonstiges _____

ja nein **Niere**
 Dialysepflichtigkeit
 Nierenentzündung

sonstiges _____

ja nein **Magen/Darm**
 Geschwür
 Sodbrennen
 Refluxkrankheit

sonstiges _____

ja nein **Stoffwechsel/Zuckerkrankheit**
 Diabetes mellitus Typ I
 Diabetes mellitus Typ II
 Schilddrüsenunterfunktion
 Schilddrüsenüberfunktion

sonstiges _____

ja nein **Infektionskrankheiten**
 MRSA
 Creutzfeldt-Jakob-Krankheit

ja nein **Immunschwäche**
 Einnahme von Cortison
 Zustand nach Organtransplantation
 AIDS/HIV
 Bisphosphonattherapie

sonstiges _____

ja nein **Blut**
 Gerinnungsstörungen
 Blaue Flecken, auch ohne Verletzung bzw.
nach leichten Berührungen

sonstiges _____

ja nein **Allergien oder Unverträglichkeit**
 Spritzen / Lokalanästhesie / Schmerzmittel
 Antibiotika
 Metalle
 Jod
 Latex

sonstiges _____

ja nein **Nehmen Sie regelmäßig/zur Zeit Medikamente?**
Wenn ja, welche?

ja nein **Schwangerschaft**
 Sind Sie schwanger?
Welche Schwangerschaftswoche? _____

ja nein **Sonstiges**

AUFKLÄRUNG ÜBER DIE ZAHNÄRZTLICHE ANÄSTHESIE

Mögliche Nebenwirkungen der Lokalanästhesie

Es kann zu folgenden Komplikationen kommen:
Hämatom (Bluterguss); Behinderung der Mundöffnung; Infektionen; Nervenschädigung; Irritation von Nervenfasern: Hierdurch sind vorübergehende bzw. dauerhafte Gefühlsstörungen möglich;
Verkehrstüchtigkeit: Sie sollten während dieser Zeit nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen; Selbstverletzungen.

RECALL

ja nein **Wünschen Sie eine Aufnahme in unser
Erinnerungssystem?**

BITTE UNTERZEICHNEN SIE

Ich habe die Aufklärung über die zahnärztliche Lokalanästhesie gelesen.

Datum

Unterschrift