



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.

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Daher planen wir Behandlungszeiten ein, die nur für Sie reserviert werden. Sollten Sie Ihren Termin nicht wahrnehmen, entsteht in unserer Praxis Leerlauf. Deshalb bitten wir Sie, falls Sie verhindert sind, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Wir sind berechtigt nicht eingehaltene Termine nach Zeitaufwand und der geplanten Behandlung in Rechnung zu stellen.

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	
Straße, Nr.	
PLZ, Ort	
Geburtsdatum	
Beruf	
Telefon	
E-Mail-Adresse	
Versicherung	

Hausarzt

Die „Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten“ sind in der Praxis einsehbar.

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 machmal das Gefühl von Trockenheit oder Brennen im Mund?
 - _____
sonstiges

- ja nein
- Schnarchen Sie?
 - Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele? _____
- ja nein **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
Herzschriltmacher
Hoher Blutdruck
Niedriger Blutdruck
Rhythmusstörungen

sonstiges

ja nein GefäÙe

- 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

- MRAS
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 Geföhlstörungen 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.

Blank area for signature and date.

Datum

Unterschrift