



## 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"/>
Straße, Nr.	<input type="text"/>		<input type="text"/>
PLZ, Ort	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Beruf	<input type="text"/>		
Telefon	<input type="text"/>		
E-Mail-Adresse	<input type="text"/>		
Versicherung	<input type="text"/>		
		<b>Hausarzt</b>	
		<input type="text"/>	
		<input type="text"/>	
		<input type="text"/>	

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 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 Röntgenaufnahmen 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  
  Tuberkulose  
  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