

# Zahnärztliche Anamnese

## Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Wir, das Praxisteam, möchten Ihnen Ihren Aufenthalt in der Praxis so angenehm wie möglich gestalten. Zur Anlage Ihrer persönlichen Behandlungskartei und im Interesse einer komplikationslosen Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Angaben. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig und richtig. *Alle Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht.*

### PATIENTENDATEN

Titel, Name, Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Telefon (privat) \_\_\_\_\_ Telefon (mobil) \_\_\_\_\_ Telefon (Arbeitsplatz) \_\_\_\_\_

Gesetzlich versichert:  Privat versichert:

Besteht eine Berechtigung auf Beihilfe?  Ja  Nein

Besteht eine Zahnzusatzversicherung?  Ja  Nein *Wenn ja, seit wann?* \_\_\_\_\_

Müssen wir etwas berücksichtigen? \_\_\_\_\_

### ANGABEN ZU IHRER GESUNDHEIT

Leiden Sie unter folgenden Beschwerden oder haben Sie eine Erkrankung an den aufgeführten Organsystemen?

	Ja	Nein		Ja	Nein
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit/Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma, Gelenkerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verlängerte Blutungszeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grüner Star	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Engwinkelglaukom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen-Darm-Trakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Immunsuppression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumorerkrankungen/Chemotherapie/Bestrahlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz-/Kreislaufkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erkrankungen/Verletzungen/Operationen im Hals-, Nasen-, Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzfehler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infektionskrankheiten		
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV/AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endokarditis/-prophylaxe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klappenersatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MRSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diagnostizierte Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Creutzfeldt-Jakob/Varianten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Allergien? <i>Wenn ja, welche?</i> _____				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht eine Schwangerschaft? <i>Wenn ja, welche Woche/welcher Monat?</i> _____				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie? <i>Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag?</i> _____				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Welche Medikamente nehmen Sie?

	Ja	Nein		Ja	Nein
Blutdruckmedikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bisphosphonate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzmedikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenmedikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar oder ASS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kortison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Keine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antidepressiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Welche anderen Medikamente nehmen Sie? \_\_\_\_\_

## Sind Sie Angstpatient?

Wenn Sie ein größeres Unwohlsein bis hin zu kaum erträglicher Angst bei dem Gedanken an einen Zahnarztbesuch verspüren, dann bitten wir Sie uns dies mitzuteilen.  ängstlicher Patient  ausgeprägte Zahnarztphobie

## Zahnärztliche Untersuchungen und Vorsorge

Wann wurde bei Ihnen das letzte Mal eine zahnärztliche Kontrolluntersuchung durchgeführt? \_\_\_\_\_

Wann wurde bei Ihnen das letzte Mal eine professionelle Zahnreinigung durchgeführt? \_\_\_\_\_

## Welche zahnärztlichen Behandlungen wurden bei Ihnen bereits durchgeführt?

Kieferorthopädische Behandlung, Zeitraum: \_\_\_\_\_  Parodontose-Behandlung, Jahr: \_\_\_\_\_

## Zahngesundheit und Ästhetik

Wie wichtig ist es Ihnen, die eigenen Zähne wenn möglich ein Leben lang gesund zu erhalten?

weniger wichtig  wichtig  sehr wichtig

## Welchen Stellenwert hat Zahnästhetik, ein strahlendes Lächeln für Sie?

Schöne weiße Zähne sind mir: weniger wichtig  wichtig  sehr wichtig

Zahnform, Zahnstellung, gerade Zähne sind mir:  weniger wichtig  wichtig  sehr wichtig

## CMD-Screening: Kiefergelenk und Funktion

Haben Sie einmal wöchentlich oder häufiger **Schmerzen**

- im Schläfen- oder Gesichtsbereich  ja  nein
- im Kiefer oder Kiefergelenk  ja  nein
- bei der Kieferöffnung oder beim Kauen  ja  nein
- Schwierigkeiten oder Blockaden bei der Kieferöffnung?  ja  nein

Knirschen Sie mit den Zähnen?

ja  nein

## Unverträglichkeit gegenüber zahnärztlichen Materialien und Werkstoffen

Amalgam  Composite/Füllungskunststoff  Titan  Sonstige: \_\_\_\_\_

## IHR ANLIEGEN

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

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

### Wünschen Sie eine spezielle Beratung zu ...

- Zahnfleischbehandlung (Parodontose, professionelle Zahnreinigung)
- Zahnimplantate und festsitzender Zahnersatz
- Zahnerhaltung (Wurzelbehandlung, Zahnfüllungen, ...)
- Zahnästhetik und Kosmetik (Bleaching, Aligner/unsichtbare Zahnspange, Veneers, zahnfarbene Füllungen)
- anderen Wunsch: \_\_\_\_\_

### Welche Dokumente / Unterlagen bringen Sie zum heutigen Termin mit?

Bonusheft  Allergiepass  Röntgenbilder  Patientenakte  
 Behandlungsplan  Kostenvoranschlag  Gutachten  Sonstiges: \_\_\_\_\_

## In Eigener Sache

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Telefonbuch  Gelbe Seiten  Jameda  Empfehlung von \_\_\_\_\_

**Hinweis zur Organisation:** Um lange Wartezeiten zu vermeiden, führen wir eine **Bestellpraxis**. Der jeweils vereinbarte Termin ist nur für Sie reserviert, denn Qualitätsarbeit braucht Zeit. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir nicht wahrgenommene Termine, die nicht spätestens **24 Stunden zuvor abgesagt** wurden, **privat berechnen** müssen. Bitte beachten Sie, dass Sie nach dem zweiten Mal des Nichterscheinens keinen weiteren Termin mehr von uns erhalten werden.

Ort, Datum

Unterschrift

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer obigen und umseitigen Angaben und stimmen der Speicherung Ihrer persönlichen Daten ausdrücklich zu.