

Anamnesebogen

Patient:

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Mitglied/Versicherter:

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Anschrift:

Straße, Hausnr.

PLZ/Ort

Kontakt:

Telefon

E-Mail

Beruf/Arbeitgeber:

Name Krankenkasse:

Hausarzt:

Bitte zutreffendes ankreuzen:

Leiden Sie unter:

- Allergien
- Herzerkrankung
- Hoher/niedriger Blutdruck
- Blutgerinnungsstörungen
- Infektionskrankheiten: Hepatitis/TBC/HIV
- Zuckerkrankheit (Diabetes)
- Asthma
- Epilepsie
- Rauchen Sie?
- Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig?
- Sind Sie schwanger?
- Nehmen Sie Bisphosphonate?

Sonstige Erkrankungen:

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit?

Welches besondere Anliegen führt Sie zu uns?

Bei wem dürfen wir uns bedanken, dass sie/er Ihnen unsere Praxis empfohlen hat?

Patientenerklärung

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu. Änderungen meines Gesundheitszustandes werde ich umgehend mitteilen. Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 24h im Voraus abzusagen. Andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden. Fotos und Röntgenbilder dürfen für Vorträge und Publikationen verwendet werden.

Zahnmedizinische Vorgeschichte

Datum der letzten zahnärztlichen Untersuchung: _____

Haben Sie regelmäßig eine professionelle Zahnreinigung erhalten? ja nein

Wie schätzen Sie den Zustand Ihres Mundes ein? gut mittelmäßig schlecht

Persönliche Vorgeschichte

Haben Sie Angst vor der zahnärztlichen Behandlung? nein geht so ja

Hatten Sie in der Vergangenheit jemals Probleme nach einer zahnärztlichen Behandlung? ja nein

Hatten Sie jemals eine Zahnsperre, eine kieferorthopädische Behandlung oder wurde ihr Biss korrigiert? ja nein

Wurden Ihnen bereits Zähne entfernt? ja nein

Zahnfleisch

Blutet Ihr Zahnfleisch beim Zähneputzen? ja nein

Wurden Sie jemals wegen Parodontitis behandelt? ja nein

Haben Sie jemals einen unangenehmen Geschmack oder Geruch in Ihrem Mund festgestellt? ja nein

Ist bei Ihnen jemals das Zahnfleisch zurückgegangen? ja nein

Haben sich Zähne je von selbst gelockert oder haben Sie Probleme, wenn Sie in einen Apfel beißen? ja nein

Haben sich zwischen einzelnen Zähnen Lücken gebildet? ja nein

Zahnschmerz

Hatten Sie in den letzten drei Jahren Karies? ja nein

Kommt Ihnen die Speichelmenge im Mund zu gering vor oder haben Sie Probleme beim Schlucken der Nahrung? ja nein

Reagieren manche Zähne empfindlich auf heiß, kalt, beißen, Süßes oder vermeiden Sie es, einen Teil Ihres Mundes zu putzen? ja nein

Haben Sie Rillen oder Kerben in der Nähe des Zahnfleischrandes? ja nein

Hatten Sie jemals Zahnschmerzen, eine gerissene Füllung, einen gebrochenen, abgesplitterten oder gesprungenen Zahn? ja nein

Bleiben Ihnen Speisen zwischen den Zähnen hängen? ja nein

Biss und Kiefergelenk

Haben Sie Probleme mit Ihrem Kiefergelenk? (Schmerzen, Geräusche, begrenzte Öffnung, Sperre, Knacken) ja nein

Haben sich Ihre Zähne in den letzten 5 Jahren verändert, sind sie kürzer oder dünner geworden oder haben sie sich abgenutzt? ja nein

Pressen Sie Ihre Zähne tagsüber aufeinander? ja nein

Haben Sie Schlafprobleme oder wachen Sie mit einem Spannungsgefühl im Kopfbereich auf? ja nein

Tragen Sie eine Knirscherschiene oder haben Sie jemals eine getragen? ja nein

Ästhetik

Ist Ihnen das Aussehen Ihrer Zähne unangenehm oder fühlen Sie sich dadurch gehemmt? ja nein

Haben Sie Ihre Zähne schon einmal aufgehellt (gebleicht)? ja nein

Waren Sie mit dem Aussehen einer zahnmedizinischen Restauration schon einmal enttäuscht? ja nein

Gibt es irgendetwas am Aussehen Ihrer Zähne, das Sie gerne ändern möchten? ja nein

Plochingen, den _____

Unterschrift _____