

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?

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

Wurden Ihnen bereits Zähne entfernt?

ja nein

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

Zahnfleisch

Blutet Ihr Zahnfleisch beim Zähneputzen?

Wurden Sie jemals wegen Parodontitis behandelt?

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

Ist bei Ihnen jemals das Zahnfleisch zurückgegangen?

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

Haben sich zwischen einzelnen Zähnen Lücken gebildet?

ja nein

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

Zahnschmerz

Hatten Sie in den letzten drei Jahren Karies?

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

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

Haben Sie Rillen oder Kerben in der Nähe des Zahnfleischrandes?

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

Bleiben Ihnen Speisen zwischen den Zähnen hängen?

ja nein

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

Biss und Kiefergelenk

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

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

Pressen Sie Ihre Zähne tagsüber aufeinander?

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

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?

Haben Sie Ihre Zähne schon einmal aufgehellert (gebleicht)?

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

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

ja nein

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

Plochingen, den _____

Unterschrift _____