

# Anamnese



## Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bevor wir uns Ihren zahnmedizinischen Wünschen widmen, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand, um unsere Behandlung darauf abstimmen zu können. Füllen Sie deshalb bitte nachstehenden Fragebogen sorgfältig aus. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.

Beachten Sie bitte auch unsere Hinweise am Ende dieses Fragebogens. Sollten Sie Fragen haben, geben wir Ihnen gerne Auskunft.

### Patient

_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsdatum
_____	_____	_____
Straße, Hausnummer	PLZ, Wohnort	Telefonnummer
_____	_____	_____ / _____
Handynummer	e-mail Adresse	Krankenkasse / Beihilfe berechtigt

### Sie sind uns wichtig

**Was ist Ihr Anliegen,** warum kommen Sie zu uns?

\_\_\_\_\_

Durch wen haben Sie von uns erfahren?  
Wer hat uns empfohlen bzw. wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

\_\_\_\_\_

Kreislaufkrankungen (z. B. hoher oder niedriger Blutdruck, Schlaganfall) Wenn ja, welche? _____	ja	nein
Stoffwechselstörungen (z. B. Diabetes, Schilddrüsenerkrankungen) Wenn ja, welche? _____	ja	nein
Allergien / Atemwegserkrankungen (z.B. Neurodermitis, Heuschnupfen, Asthma) Wenn ja, welche? _____	ja	nein
Gehirn- und Nervenerkrankungen (z. B. Anfallsleiden, Migräne, Depression) Wenn ja, welche? _____	ja	nein
Erkrankungen des Bewegungsapparates (z. B. Rheuma, Gicht) Wenn ja, welche? _____	ja	nein
Nieren- / Blasen- / Leber- / Magen- / Darmerkrankung (z. B. auch Dialyse, Gelbsucht ) Wenn ja, welche? _____	ja	nein
Erkrankung des blutbildenden Systems (z.B. Blutarmut, Bluter)	ja	nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Erkrankung der Augen (z. B. grauer Star, grüner Star) ja nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Leiden oder litten Sie an folgenden Infektionskrankheiten?**

HIV (AIDS) ja nein

Hepatitis ja nein

Tuberkulose (Tbc) ja nein

Creutzfeld-Jacob (CJ) ja nein

MRSA ja nein

Röteln, Mumps, Masern, Scharlach ja nein

Andere Infektionskrankheiten

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Sonstige Krankheiten \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Alkohol oder Drogen zu sich? ja nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Röntgen**

Sind Sie schon einmal im Kopf-/Kieferbereich geröntgt worden? ja nein

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Besitzen Sie einen Röntgenpass? ja nein

Wenn nein, wünschen Sie ggf. die Ausstellung eines Röntgenpasses? ja nein

**Für Patientinnen**

Sind Sie schwanger? ja nein

Wenn ja, in welchem Monat? \_\_\_\_\_

Wir bitten um Mitteilung, falls während des Behandlungszeitraums eine Schwangerschaft eintritt.

**Allgemeinmedizinische Auskünfte**

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ja nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? ja nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Nehmen sie blutverdünnende (gerinnungshemmende) Medikamente? ja nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe? ja nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Besitzen Sie einen Allergiepass? ja nein

Wenn ja, welche Stoffe sind dort genannt? \_\_\_\_\_

Leiden oder litten Sie unter einer der folgenden gesundheitlichen Störungen?

Herzkrankungen (z. B. Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzschwäche) ja nein

Wenn ja, welcher? \_\_\_\_\_

Haben Sie einen Herzschrittmacher? ja nein

Haben Sie eine künstliche Herzklappe? ja nein

**Zahnmedizinische Auskünfte**

Sind Sie schon einmal kieferorthopädisch behandelt worden? ja nein

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Traten bei Ihnen bei einer zahnärztlichen Behandlung Komplikationen auf? ja nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Treten bei Ihnen Schmerzen oder Knackgeräusche im Kiefergelenk auf? ja nein

Wünschen Sie generell eine Behandlung unter örtlicher Betäubung? ja nein

**Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes unaufgefordert mit.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
gesetzlicher Vertreter

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass Ihr Reaktionsvermögen im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung bzw. nach einer Lokalanästhesie und/oder Medikamentengaben eingeschränkt sein kann und bitten Sie, uns diese Aufklärung durch Ihre Unterschrift zu bestätigen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
gesetzlicher Vertreter

**Hinweise zu unserem Praxisablauf / weitere Vereinbarungen**

Um Ihnen Wartezeiten zu ersparen und einen reibungslosen Ablauf in unserer Praxis zu gewährleisten, werden Behandlungszeiten in unserer Bestellpraxis ausschließlich für Ihre Behandlung reserviert. Sollten Sie verhindert sein, bitten wir Sie dringend, uns rechtzeitig, spätestens 24 Stunden vor Terminbeginn, Ihre Verhinderung mitzuteilen, damit der Termin möglichst anderweitig vergeben werden kann. Anderenfalls werden wir Ihnen ggf. ein Ausfallhonorar in Rechnung stellen.

**Datenschutz**

Ihre Behandlungsdaten werden in unserer Praxis elektronisch gespeichert; sie unterliegen den gesetzlichen Datenschutzbestimmungen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
gesetzlicher Vertreter