

Verch/Kaner

Zahnärzte

Anamnesebogen

Patient: _____
Name Vorname Geburtsdatum

Mitglied/Versicherter: _____
Name Vorname Geburtsdatum

Anschrift: _____
Straße Postleitzahl Wohnort

Telefon: _____
privat mobil beruflich

E-Mail-Adresse: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Krankenversicherung: _____
Name Anschrift

Versicherungsstatus: gesetzlich versichert Zusatzversicherung _____
 privat versichert Basistarif beihilfeberechtigt

Was hat Sie heute zu uns geführt? Wunsch nach allgemeiner Untersuchung.
 Schmerzen. Welche? _____
 Wunsch nach Beratung aufgrund _____
 Überweisung aufgrund _____

Dürfen wir Ihnen ein Prophylaxeprogramm anbieten, dass Ihre Zähne lebenslang erhalten kann? Ja Nein

Dürfen wir Sie an Kontrolluntersuchungen und Nachsorgebehandlungen erinnern? Ja Nein

Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden oder wünschen Sie sich Verbesserungen?
 zufrieden
 Verbesserungen: welche? _____

Wie fühlen Sie sich vor Ihrem Zahnarztbesuch?

entspannt ein wenig unbehaglich angespannt ängstlich So ängstlich, daß Sie sich regelrecht krank fühlen.

Wenn Sie die Wahl hätten: für welche Behandlungsdauer würden Sie sich entscheiden?

Eher kürzere, dafür ggf. häufigere Termine, Sie fühlen sich eher weniger belastbar.

Durchaus auch längere Behandlungen, Sie fühlen sich belastbar.

Wurden Sie im Zahn-, Mund-, Kieferbereich geröntgt? Ja Nein wann/wo/weshalb _____

Blutet Ihr Zahnfleisch beim Zähneputzen manchmal? Ja Nein

Haben Sie manchmal einen schlechten Geschmack im Mund? Ja Nein

Leiden Sie unter Mundgeruch? Ja Nein

Beobachten Sie Zahnwanderungen/Zahnlockerungen? Ja Nein

Haben Sie Schmerzen und/oder ein Knacken in den Kiefergelenken? Ja Nein

Schmerzen/Verspannungen in der Nacken-/Rückenmuskulatur? Ja Nein

Wurde eine Zahnfleischbehandlung durchgeführt? Ja Nein wann? _____
(Parodontitisbehandlung, „Parodontosebehandlung“)

Haben Sie zahnärztliche Betäubungsspritzen immer gut vertragen? Ja Nein

bitte umblättern

Fragen zu Ihrer allgemeinen Gesundheit:

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein Wenn ja, weshalb? _____

Ihr Hausarzt: _____

Sind Sie schwanger? Ja Nein

Rauchen Sie? Ja Nein Wieviel? _____

Haben oder hatten Sie eine dieser Erkrankungen und Behandlungen?

Allergien : Nein Ja. Welche? _____ Allergiepass? Ja Nein

Herz- und Kreislauferkrankungen:	Herzschwäche (Insuffizienz)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmie)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Herzasthma (Angina Pectoris)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Herzklappenersatz	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	implantierter Stent	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Nehmen Sie Medikamente aufgrund von Herz- und Kreislauferkrankungen ein? Nein Ja. Welche? _____

Nehmen Sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung beeinflussen? Nein Ja. Welche? _____
(„Blutverdünner“, z.B. „Marcumar“, „ASS“, „Xarelto“, „Pradaxa“)

Rheumatische Erkrankungen Nein Ja. Welche? _____

Nehmen Sie Medikamente ein, die das Immunsystem beeinflussen? Nein Ja. Welche? _____
(z.B. Rheumamedikamente wie Methotrexat oder „Humira“)

Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) Nein Ja

Bluten Sie nach Verletzungen länger als normal? Nein Ja

Schilddrüsenerkrankungen Nein Ja welche? _____

Magenerkrankungen Nein Ja welche? _____

Darmerkrankungen Nein Ja welche? _____

Nierenerkrankungen Nein Ja welche? _____

Lebererkrankungen Nein Ja welche? _____

Hatten Sie eine Organtransplantation? Nein Ja welche? _____

Haben Sie ein künstliches Gelenk? Nein Ja wann eingesetzt? _____

Wurden Sie schon einmal operiert? Nein Ja wann/wo? _____

Infektionskrankheiten	HIV/Aids	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
	Hepatitis	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	welche? _____
	Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	welche? _____
	sonstige	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	welche? _____

Atemwegserkrankungen	chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
	Asthma	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
	Hals-, Nasen-, Ohren-Erkrankungen, z.B. Sinusitis	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja.	Welche? _____
	sonstige		welche? _____

Nervenleiden	Epilepsie, Krampfanfälle	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
	Depressionen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
	sonstige		welche? _____

Tumorerkrankungen Nein Ja welche? _____

Osteoporose Nein Ja

Nehmen Sie Medikamente ein, die den Knochenstoffwechsel beeinflussen? Nein Ja. Welche? _____
(z.B. Bisphosphonate wie „Fosamax“; z.B. Denosumab, „Prolia“)

Welche weiteren Medikamente nehmen Sie ein? _____

Bekommen oder bekamen Sie Infusionen? Ja Nein welche? _____

weitere, bisher nicht aufgeführte Erkrankungen: _____

Bitte sagen Sie Termine, die Sie nicht wahrnehmen können, mindestens 48h vorher ab. Wir weisen höflich darauf hin, dass wir berechtigt sind, Ihnen für nicht rechtzeitig abgesagte Termine ein Ausfallhonorar in Rechnung zu stellen.

Berlin, den _____ . _____ . _____ Unterschrift: _____