

# Anamnesebogen



R O D E N T A L  
ZAHNARZTPRAXIS

Herzlich willkommen!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand, damit Ihre Behandlung an Ihre Bedürfnisse und an Ihren Gesundheitszustand angepasst erfolgen kann. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne!

Selbstverständlich unterliegen sämtliche Informationen, die Sie uns geben, der ärztlichen Schweigepflicht.

Wir führen eine Bestellpraxis. Das bedeutet, dass für Sie keine oder fast keine Wartezeiten entstehen. Wenn Sie den vereinbarten Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie, spätestens 24 Stunden vorher abzusagen, da wir dann die für Sie reservierte Zeit anderweitig vergeben können. Kassenpatienten sind bei uns nicht „Kunden zweiter Klasse“! Wir setzen uns für die optimale Zahnpflege und Zahnerhaltung eines jeden unserer Patienten ein. Jedoch werden viele unserer Behandlungsmethoden nicht oder nur teilweise von den Krankenkassen bezahlt.

In einigen Fällen werden Sie persönlich für die Behandlung aufkommen müssen. Wir informieren Sie vor der Behandlung bei uns über den Umfang dieser Leistungen, die Ihnen auch als Kassenpatient die Möglichkeiten einer zahnärztlichen Behandlung auf dem höchsten, aktuellen und wissenschaftlich fundierten Niveau eröffnet.

Patient/in: \_\_\_\_\_  
Name Vorname Geburtsdatum

Versicherte/r: \_\_\_\_\_  
Name Vorname Geburtsdatum

Geburtsort: \_\_\_\_\_ Anschrift: \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer PLZ, Ort

Arbeitgeber/in: \_\_\_\_\_  
Firmenname/ ggf. Adresse Beruf

Telefon: \_\_\_\_\_  
privat mobil geschäftlich

E-Mail: \_\_\_\_\_ ggf. Fax privat: \_\_\_\_\_

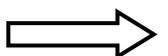
Empfohlen durch: \_\_\_\_\_

**Krankenversicherung:**  gesetzliche Krankenkasse (GKV)  gesetzliche Krankenkasse + Zusatzversicherung  
 private Krankenkasse (PKV)  PKV/ Basistarif  Rechnung doppelt ausstellen

**Name der Krankenversicherung:** \_\_\_\_\_

## Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?

Haben Sie Zahnschmerzen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Blutet Ihr Zahnfleisch?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Sind Ihre Zähne gelockert?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Berichtet Ihr Umfeld über Knirsch- oder Klappergeräusche im Schlaf?			<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Haben Sie Schmerzen und/ oder Ermüdung der Kaumuskulatur?			<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Haben Sie vorübergehende Schläfenkopfschmerzen?			<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Haben Sie Schwierigkeiten bei der Mundöffnung?			<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Haben Sie empfindliche Zähne am Morgen?			<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Haben Sie Kiefergelenksschmerzen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Haben Sie Angst vor der Behandlung?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Haben Sie herausnehmbaren Zahnersatz?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Wurden Röntgenbilder erstellt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
		Wann? _____	
Sind Sie zufrieden mit dem Aussehen Ihre Zähne? (Farbe, Form, Stellung)		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
Möchten Sie regelmäßig an eine Kontrolluntersuchung (Recall) erinnert werden?		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
Wenn ja, per:	<input type="checkbox"/> Telefon <input type="checkbox"/> Post <input type="checkbox"/> E-Mail		



**Medizinische Befunderhebung**  
**Besteht, bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?**

Allergien (Allergiepass)  Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_

Atemwegserkrankungen  Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_

Blutgerinnungsstörungen  Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_

Diabetes  Nein  Ja, welche?  Typ I  Typ II

Anfallsleiden (Epilepsie)  Nein  Ja

Schilddrüsenerkrankung  Nein  Ja, welche?  Überfunktion  Unterfunktion  \_\_\_\_\_

Erhöhter Augeninnendruck (Glaukom)  Nein  Ja

Herz-, Kreislaufferkrankung  Nein  Ja, welche?  Herzinsuffizienz  Angina pectoris  
 Herzinfarkt  Herzrhythmusstörungen  
 Herzklappenfehler  Herzklappenersatz  
 Durchblutungsstörung  Schlaganfall (Apoplex)  
 erhöhter Blutdruck (Hypertonie)  
 verminderter Blutdruck (Hypotonie)

Erkrankungen der blutbildenden Organe  Nein  Ja

Infektionskrankheiten  Nein  Ja, welche?  TBC  Immunmangel-Syndrom (AIDS)  HIV  
 Hepatitis A  Hepatitis B  Hepatitis C

Lebererkrankungen  Nein  Ja

Magen-, Darmerkrankungen  Nein  Ja

Nierenerkrankungen  Nein  Ja, welche?  chron. Niereninsuffizient  Dialyse

Rheumaerkrankungen  Nein  Ja

Tumorerkrankungen  Nein  Ja

Osteoporose  Nein  Ja

Psychosomatische Erkrankung  Nein  Ja

Sonstige Erkrankungen  Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Bisphosphonate ein?  Nein  Ja  
(z.B. Didronel-Kit, Ostac, Bonafos, Skelid, Aredia, Fosamax, Actonel, Bondronat, Zometa)

Rauchen Sie?  Nein  Ja \_\_\_\_\_ Zigaretten pro Tag

Besteht eine Schwangerschaft?  Nein  Ja \_\_\_\_\_ Monat

Nehmen Sie Medikamente ein?  Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_

Existiert ein Medikationsplan?  Nein  Ja

Nehmen Sie Drogen?  Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_

Befinden Sie sich in ärztlicher  
Behandlung?  Nein  Ja  
Name des Arztes: \_\_\_\_\_  
Tel. des Arztes: \_\_\_\_\_

Hausarzt \_\_\_\_\_

Ort, \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient/in bzw. Erziehungsberechtigte/r \_\_\_\_\_