



ZAHNARZTPRAXIS
ST. ARNOLD

Anamnesebogen Erwachsene

Liebe Patientin, lieber Patient,

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Wir bitten Sie deshalb, die nachfolgenden Fragen zu beantworten. Sollten Sie beim Beantworten einzelner Fragen Schwierigkeiten haben, helfen wir Ihnen gerne. Ihre Antworten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.

Patient/in

Name: _____ Geb. Datum: _____
 Vorname: _____ Mobil: _____
 Straße, Hausnr.: _____ Telefon: _____
 PLZ, Ort: _____ Krankenkasse: _____

- gesetzlich versichert Zusatzversicherung privat versichert
 Beihilfeberechtigt Basistarif

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, über wen sind Sie versichert?

Name: _____ Geb. Datum: _____
 Vorname: _____

Hausarzt: _____

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

Dann bitte deutlich „ja“ ankreuzen! (Zutreffendes ggf. unterstreichen)

Herz-/Kreislaufkrankungen

	Ja	Nein
Zustand nach Herzinfarkt oder Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschwäche (Insuffizienz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzmuskelentzündung (Endokarditis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzklappenersatz, Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koronare Herzerkrankung, Angina Pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwindel, Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stoffwechselerkrankungen

	Ja	Nein
Magen-Darmerkrankung (z.B. Morbus Crohn)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenüberfunktion/-unterfunktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bluterkrankungen

	Ja	Nein
Blutarmut (Anämie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutungsneigung (Hämophilie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Infektionskrankheiten

Ja Nein

- HIV positiv bzw. AIDS
- Tuberkulose
- Leberentzündung/
Gelbsucht (Hepatitis A, B oder C)

Zentrales/Vegetatives Nervensystem

Ja Nein

- Epilepsie/Krampfanfälle
- Kopf-/Nackenschmerzen
- Migräne

Sonstige Erkrankungen

Ja Nein

- Atemwegs-/ Lungenerkrankungen
(z.B. Asthma, chron. Bronchitis)
- Blasenerkrankung
- Nierenerkrankung
- Dialyse
- Tumorerkrankungen
(Bestrahlung, Chemotherapie)
- Glaukom (Grüner Star)

Ja Nein

- Rheuma
- Rheumatoide Arthritis
- Gicht
- Osteoporose
- Psychosomatische Erkrankung
(Depressionen, Angstattacken)
- Haut- und/oder Geschlechtskrankheiten

Weitere Angaben

Ja Nein

- Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung?
- Wenn ja, welche? _____
- Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein?
- Wenn ja, welche? _____
- Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel/Antidepressiva ein?
- Wenn ja, welche? _____
- Nehmen Sie sonstige Medikamente regelmäßig ein?
- Wenn ja, welche? _____
- Sind Sie alkohol- oder drogenabhängig?
- Wenn ja, welche Drogen werden konsumiert? _____
- Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder Materialien?
- Wenn ja, welche? _____
- Besitzen Sie einen Allergiepass?
- Traten bei Ihnen jemals Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf?
- Wenn ja, welche? _____
- Neigen Sie zu Ohnmachtsanfällen?
- Rauchen Sie oder haben Sie früher geraucht?
- Patientinnen:** Besteht eine Schwangerschaft?
- Wenn ja, in welcher Schwangerschaftswoche? _____



Zahnärztliche Anamnese

	Ja	Nein
Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne/Ihrem Lächeln zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie regelmäßig eine zahnärztliche Prophylaxe durchführen lassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Angst vor der Zahnbehandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knirschen Sie mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Kiefergelenksprobleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie des Öfteren unter Kopf- und/oder Nackenbeschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemerken Sie Zahnfleischbluten/Zahnfleischrückgang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nur für Neupatienten:

Welches besondere Anliegen führt Sie in unsere Praxis?

Wann wurden Sie das letzte Mal zahnärztlich geröntgt?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? (z. B. Empfehlung, Internet, Zeitung)

Hinweis

Die ZAHNARZTPRAXIS ST. ARNOLD ist eine organisierte Bestellpraxis, d.h. wir vergeben Termine, um Ihnen längere Wartezeiten zu ersparen. Wir bitten darum, alle Termine pünktlich einzuhalten oder bei Verhinderung rechtzeitig (d.h. spätestens 24 Stunden vorher) abzusagen. Sie erweisen uns und Ihren Mitpatienten damit einen großen Gefallen. Vielen Dank.