

# Anamnesebogen

## Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte beantworten Sie deshalb die nachfolgenden Fragen (auch auf der Rückseite des Bogens). Der Bogen wird Ihrer Karteikarte beigelegt.

Ihre Angaben unterliegen der **ärztlichen Schweigepflicht**. Sie dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

**Name:** \_\_\_\_\_ **Tel. privat:** \_\_\_\_\_  
**Vorname:** \_\_\_\_\_ **Tel. beruflich:** \_\_\_\_\_  
**Straße:** \_\_\_\_\_ **Handy:** \_\_\_\_\_  
**PLZ Ort:** \_\_\_\_\_ **E-Mail:** \_\_\_\_\_  
**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_ **Wer hat uns empfohlen:** \_\_\_\_\_

**Versicherung:**  Gesetzlich (AOK, DAK usw.)  Beihilfe/Post  Privat-Versicherung

### Herz/Kreislauf

- hoher Blutdruck
- niedriger Blutdruck
- Angina pectoris
- Herzinfarkt
- Herzschwäche
- Herzfehler
- Herzmuskelentzündung
- Herzklappenentzündung
- Rhythmusstörung
- Herzschrittmacher
- oder \_\_\_\_\_

### Gefäße

- Schlaganfall
- Thrombosen
- Durchblutungsstörungen
- oder \_\_\_\_\_

### Blut

- Gerinnungsstörungen
- Nachbluten nach Operationen
- blaue Flecken auch ohne Verletzung bzw. nach leichter Berührung
- oder \_\_\_\_\_

### Leber

- Gelbsucht
- Leberzirrhose
- Hepatitis ABC
- oder \_\_\_\_\_

### Nieren

- Nierenentzündung
- Dialysepflicht
- oder \_\_\_\_\_

### Immunschwächen

- Einnahme von Cortison
- Zustand nach Organtransplantation
- Aids, HIV
- Bestrahlung, Chemotherapie
- Blutkrebs, Leukämie
- oder \_\_\_\_\_

### Atemwege/Lunge

- chronische Bronchitis
- Lungenentzündung
- Asthma
- oder \_\_\_\_\_

### Augen

- Grüner Star/Glaukom

### Skelettsystem/Knochen

- Bisphosphonates
- Osteoporose
- künstliche Gelenke
- Fibromyalgie
- Rheuma
- oder \_\_\_\_\_

### Stoffwechsel

- Zuckerkrankheit
  - Diabetes mellitus Typ 1
  - Diabetes mellitus Typ 2
- Schilddrüsenüberfunktion
- oder \_\_\_\_\_

### Nerven

- Krampfanfälle (Epilepsie)
- Depression
- Angstzustände
- Beruhigungsmittel
- oder \_\_\_\_\_

### Allergien

- Antibiotika z.B. Penicillin
- Schmerzmittel
- Jod
- Latex
- Allergiepass vorhanden
- oder \_\_\_\_\_

### ständige ärztliche Behandlung

weshalb \_\_\_\_\_

### letzte zahnärztliche Behandlung

wann \_\_\_\_\_

### Auffälligkeiten im Mund-/Zahnraum

- Temperaturempfindliche Zähne
- Zahnfleischbluten
- Stellungsveränderung der Zähne
- Zahnverlust durch Zahnlockerung
- Parodontose Behandlung wurde durchgeführt

### Gerinnungshemmende Medikamente

- Aspirin/ASS
- Marcumar
- Xeralto
- Eliquis
- Plavix/Clopidogrel
- oder \_\_\_\_\_

### Sind Sie schwanger?

- Schwangerschaftswoche \_\_\_\_\_

### Sind Sie Raucher?

- Wie viele? \_\_\_\_\_

### Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig?

---

---

---

---

---

Mein Hausarzt ist (Name, Adresse): \_\_\_\_\_

Außerdem bin ich derzeit beim Facharzt für \_\_\_\_\_ in Behandlung.

(Name, Adresse) \_\_\_\_\_

Sind Sie daran interessiert, von uns an die jährliche oder halbjährliche Untersuchung erinnert zu werden?  ja  nein

Wir sind immer bemüht Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Daher bitten wir Sie, falls Sie verhindert sind, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenkasse nach der privaten Gebührenordnung (GOZ) in Rechnung zu stellen.

### Die obigen Angaben entsprechen meinem heutigen Kenntnisstand

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns umgehend Änderungen der oben genannten Angaben mit.

**Ihr Praxisteam**

DR. ANTJE RÜBSAM  
ZAHNÄRZTIN 