

# 1 | Anamnesebogen

## Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe. Wir bitten Sie, diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen können. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Lesen Sie dazu auch unsere Informationen zum Datenschutz auf unserer Homepage oder im Wartebereich unserer Praxis.

## Persönliche Patientendaten

Name  Vorname

Straße  PLZ, Ort

Telefon privat und/oder Arbeit  Telefon Mobil

E-Mail  Beruf, Arbeitgeber (freiwillige Angabe)

Krankenkasse, bei der Sie versichert sind  Sind Sie Zusatzversichert? Ja  Nein

**Sind Sie als Privatpatient**  
beihilfeberechtigt? Ja  Nein  Oder im Basistarif versichert? Ja  Nein

**Pflegegrad** Ja  Nein  Wenn ja, welcher Grad?

Name Ihres Hausarztes

**Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?**  
Persönliche Empfehlung: Ja  Sonstiges

## Mundgesundheitsituation

Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen? Ja  Nein

Haben Sie Zahnfleischprobleme? Ja  Nein

Z.B. Blutungen beim Zähneputzen? Ja  Nein

Zahnfleischrückgang? Ja  Nein

Leiden Sie unter Mundgeruch? Ja  Nein

Leiden Sie unter schlechtem Geruch im Mund? Ja  Nein

Sind Sie mit der Stellung, Farbe und Form Ihrer Zähne unzufrieden? Ja  Nein

Haben Sie ein besonderes Anliegen an uns? Ja  Nein

Wenn ja, welches?

## Allgemeine Gesundheitssituation

### Leiden Sie unter

hohem Blutdruck	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Tumorerkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
niedrigem Blutdruck	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Nierenerkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Haben Sie künstliche Gelenke?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Asthma	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Rheumatischen Erkrankungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Rauchen Sie?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

### Infektionskrankheiten wie

HIV	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Tuberkulose	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Hepatitis	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, welcher Typ: _____		
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) / Neue Variante der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (vCJK)				Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Diabetes Ja  Nein  Wenn ja, welcher Typ: \_\_\_\_\_

Allergien Ja  Nein  Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Herzerkrankungen Ja  Nein  Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Hatten Sie einen Schlaganfall Ja  Nein  Wenn ja, wann: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente ein? Ja  Nein  Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

<b>Handelt es sich dabei um ein</b>			Blutverdünnendes Medikament	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Bisphosphonat	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Antidepressivum	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Schmerzmittel	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Cortison	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Haben Sie sonstige Erkrankungen? Ja  Nein  Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Hatten Sie eine Operation im Mund? Ja  Nein  Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Haben Sie zahnärztliche Betäubungen gut vertragen? Ja  Nein

Für unsere Patientinnen: Sind Sie schwanger? Ja  Nein

### Behandlung unter Lokalanästhesie

Bei Behandlungen in Lokalanästhesie können trotz aller Sorgfalt Störungen oder Komplikationen auftreten. Diese sind im Aufklärungsformular in unserem Wartebereich zusammengestellt.

Das Aufklärungsformular zur Lokalanästhesie habe ich gelesen, verstanden und habe eingewilligt. Alle Fragen wurden beantwortet und mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung bis zum Beginn der Behandlung widerrufen kann.

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der o.g. Gesundheitsangaben, die Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen zu haben und erkläre mich mit der Verarbeitung meiner personengebundenen Daten im Sinne der Datenschutzerklärung für Patienten (s. Aushang) einverstanden.**

Datum

Unterschrift