



# Anamnesebogen

**Patient:**  Frau  Herr geboren: .....

Vorname: ..... Nachname: .....

Straße/Nr.: ..... PLZ/Ort: .....

Tel./Mobil-Nr.: ..... E-Mail: .....

Beruf: ..... Arbeitgeber: .....

## Versicherungsstatus

gesetzlich  Haben Sie eine Zusatzversicherung?  ja, Name der Zusatzversicherung: .....

nein .....

privat Name der Privatversicherung: .....

Sind Sie behilfeberechtigt  ja  nein

## Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau!

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt. **Trifft etwas bei Ihnen zu, dann bitte ankreuzen!**

### Herz-/Kreislaufkrankungen:

Bluthochdruck

Herzklappenfehler

Herzklappenersatz

Herzschrittmacher

Endokarditis

Herzoperation/Stent

### Andere Erkrankungen:

Anfallsleiden (Epilepsie)

Asthma/Lungenerkrankungen

Blutgerinnungsstörungen

Diabetes/Zuckerkrankheit

Drogenabhängigkeit

Glaukorn (grüner Star)

Morbus Crohn/Colitis ulcerosa

Nierenerkrankungen

Tumorerkrankung

Ohnmachtsanfälle

Osteoporose

Schilddrüsenüberfunktion

Schilddrüsenunterfunktion

### Infektiöse Erkrankungen:

AIDS

Hepatitis

Tuberkulose

### Müssen Sie ständig Medikamente einnehmen?

ja

Beruhigungs-/Schlaftabletten

Bisphosphonate (knochen-  
aufbauende Medikamente)

Blutdrucksenker

Bluthochdruckpräparate

Blutverdünner

Chemo-/Bestrahlungstherapie

Herzmedikamente

Rheumamittel

Sonstige Medikamente: .....

### Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

Lokalanästhesie/Spritzen

Antibiotika

Schmerzmittel

Metalle

nähere Angaben: .....

### Wurden Ihnen Endoprothesen bzw. Implantate eingesetzt?

(z. B. Hüfte, Knie, Brust, Stent)

Wenn ja, welche? .....

### Rauchen Sie?

Wie viele Zigaretten pro Tag? .....

### Haben Sie früher geraucht?

Wie viele Zigaretten pro Tag? .....

Wann habe Sie aufgehört? .....

### Wurde bei Ihnen bereits eine Parodontitis-Behandlung durchgeführt?

ja  wann? .....

nein

### Leiden Sie unter?

Mundgeruch

Mundtrockenheit

Bitte wenden! Weitere Informationen finden Sie auf der Rückseite!





## Fortsetzung des Anamnesebogens:

### Für weibliche Patientinnen:

Besteht eine Schwangerschaft?  nein  ungewiss  ja, ich bin in der .....Woche schwanger.

*Wegen des Mutterschutzes bitten wir um sofortige Mitteilung,  
wenn während des Behandlungszeitraums eine Schwangerschaft eintritt!*

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden:  ja  nein

Wenn ja, wann?

.....

Bei wem dürfen wir uns dafür bedanken, dass Sie unsere Praxis aufsuchen?

.....

- Bei einer örtlichen Betäubung kann in seltenen Fällen eine nervliche Irritation auftreten, die sich in Form von vorübergehenden bzw. dauerhaften Gefühlsstörungen bemerkbar machen kann. Dies entsteht zumeist bei einer Injektion im Unterkiefer, wodurch die entsprechende Zungenhälfte, die Unterkieferregion oder die Unterlippe betroffen sein können. Sollten diese Irritationen nicht innerhalb von 12 Std. abgeklungen sein, informieren Sie uns bitte.
  - Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass es infolge einer örtlichen Betäubung und der zahnärztlichen Behandlung zu einer Beeinträchtigung Ihrer Reaktions- und Konzentrationsfähigkeit kommen kann. Dies ist vorrangig auf den Stress und die Angst im Rahmen der Behandlung zurückzuführen, seltener auf die Lokalanästhesie. Sie sollten daher in diesen Fällen nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen.
  - Änderungen Ihres Gesundheitszustandes vor oder während der Behandlung bzw. eine Veränderung Ihrer persönlicher Medikation bitten wir unverzüglich mitzuteilen.
- Die Aufklärung habe ich verstanden. Ich habe keine weiteren Fragen.
- Ich möchte mit örtlicher Betäubung behandelt werden.
- Ich möchte nie mit örtlicher Betäubung behandelt werden.

Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis wohl fühlen und stehen Ihnen bei Fragen gerne zur Verfügung.

.....  
Datum

.....  
Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter)

*Wir sind eine Bestellpraxis. Wenn wir unsere Zeit für Sie reservieren und Sie nicht erscheinen, dann sind weder der Zahnarzt noch seine Mitarbeiter in der Zeit beschäftigt. Die ganze Praxis war auf Ihren Besuch eingestellt.*

*Für den Fall, dass Sie eine reservierte Behandlungszeit nicht in Anspruch nehmen können, bitten wir Sie deshalb, rechtzeitig (das heißt möglichst 48 Stunden vorher) abzusagen.*

*Sie erweisen uns und Ihren Mitpatienten damit einen großen Gefallen.*

*Ausfallzeiten können nach § 615 Satz BGB § 287 ZPO berechnet werden.*

