



dr marko reiter
praxis für zahnheilkunde

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,
herzlich willkommen in unserer Praxis! Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand, denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte beantworten Sie daher alle folgenden Fragen gewissenhaft, damit wir Ihnen bei der Behandlung die bestmögliche medizinische Betreuung zukommen lassen können.

Personalien

	Patient	Versicherter
Name, Vorname
Geburtsdatum
Straße, Wohnort
Telefon
E-Mail
Beruf
Krankenkasse

Pflichtversichert

freiwillig versichert

privat versichert

Ich bin damit einverstanden, dass meine Kontaktdaten (Name, Adresse, E-Mail, Telefonnummer)

zu folgenden Zwecken verwendet werden:

Terminreminder / Recall ja nein

Patientenbetreuung ja nein

Wie dürfen wir Sie kontaktieren? Brief E-Mail Telefon

Allgemeine Anamnese

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

- hoher Blutdruck (Hypertonie)
- niedriger Blutdruck (Hypotonie)
- Herzklappenerkrankung bzw. künstliche Herzklappe
- Koronare Herzkrankheit / Angina Pectoris
- Herzinfarkt
- Herzrhythmusstörungen
- Herzschrittmacher

Infektionserkrankungen

- Hepatitis A/B/C (Gelbsucht)
- Tuberkulose
- HIV+ bzw. AIDS
- Andere:

Allergien/Unverträglichkeiten (ggf. Allergiepass?)

- lokale Betäubungsmittel
- Schmerzmittel
- Antibiotika
- Andere:

Weitere Erkrankungen

- Diabetes
- Gelenkserkrankungen (Rheuma)
- Bluterkrankungen (Blutungsneigung, Blutarmut)
- Lunge (Asthma etc.)
- Leber
- Niere
- Schilddrüse
- Magen-Darm-Trakt
- Migräne
- Osteoporose
- Epilepsie
- Grüner Star
- Tumorerkrankungen (Chemotherapie, Bestrahlung)
- Frühere Operationen

Wann und wo wurden Sie zuletzt im Kopfbereich (also an den Zähnen, an den Nebenhöhlen etc.) geröntgt?

.....

Sind Sie zur Zeit schwanger? ja nein In welchem Monat?

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? ja nein

Wo?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Welche?

Leiden Sie an anderen Erkrankungen? ja nein

Welchen?

Rauchen Sie? ja nein Wieviel?

Trinken Sie mehrmals pro Woche Alkohol? ja nein Wieviel?

Zahnärztliche Anamnese

Haben Sie Zahnschmerzen? ja nein

Haben Sie Beschwerden beim Kauen? ja nein

Ist irgendein Zahn besonders empfindlich? ja nein

Hatten Sie eine kieferorthopädische Behandlung? ja nein

Stört ein Zahn beim Schließen, Kauen oder Schlucken? ja nein

Knirschen Sie mit den Zähnen? ja nein

Schmerzt es bei weiter Mundöffnung, großem Biss oder beim Gähnen? ja nein

Haben Sie Schmerzen im Kiefergelenk oder im Ohrbereich? ja nein

Beobachten Sie ein Knacken im Bereich der Kiefergelenke? ja nein

Bestehen häufig Hals- oder Nackenverspannungen? ja nein

Haben Sie Zahnfleischprobleme? ja nein

Haben Sie Angst vor der Behandlung? ja nein

Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden? ja nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

.....

Datum

Unterschrift