



Zahnarztpraxis Datteln  
DR. MED. DENT. FINKENDEI

# Anamnesebogen

## Liebe Patientin, lieber Patient!

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. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

## Persönliches

Name / Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße / Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Tel. privat: \_\_\_\_\_ Tel. mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Krankenkasse / private Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

gesetzlich versichert:  ja  nein      privat versichert:  ja  nein      Basistarif:  ja  nein

Zusatzversicherung:  ja  nein      Beihilfeberechtigt:  ja  nein

## Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name / Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße / Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

## Wer ist Ihr Hausarzt?

Name: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

## Hinweise zur Organisation

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte sagen Sie ihn mindestens 24 Stunden vorher ab.

## Hinweise zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann. Dies kann sowohl durch die Behandlung selbst, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten hervorgerufen werden. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi, das Sie sicher nach Hause bringt.

## In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

von Bekannten empfohlen       Telefon- / Branchenbuch       Zeitungsanzeige

Überweisung von \_\_\_\_\_       Sonstiges

Internet, über die Seite \_\_\_\_\_

Falls wir empfohlen wurden, haben Sie sich im Vorfeld unseren Internetauftritt angeschaut?  ja  nein

Möchten Sie von uns per Post, E-Mail oder telefonisch an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnert werden?  ja  nein

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift



Zahnarztpraxis Datteln  
DR. MED. DENT. FINKENDEI

Warum suchen Sie uns auf? Wünschen Sie eine/n...

- Routinekontrolle
- Beratung
- Schmerzbehandlung
- neuen Zahnersatz
- „zweite Meinung“
- andere Gründe:

Haben Sie akute Schmerzen?

- ja  nein

Wenn ja, wie äußern sich diese?

- Dauerschmerz
- Zähne reagieren auf süß / sauer
- Manche Zähne sind temperaturempfindlich
- Zähne schmerzen bei Belastung oder Kauen
- Zähne schmerzen auch ohne Belastung
- Schmerzen oder Entzündungen am Zahnfleisch
- Kieferschmerzen / Kiefergelenkschmerzen

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der/des ...

- Herzens oder Kreislaufs  ja  nein
- Leber  ja  nein
- Nieren  ja  nein
- Schilddrüse  ja  nein
- Magen-Darm-Traktes  ja  nein
- Gelenke (Rheuma)  ja  nein
- Wirbelsäule  ja  nein

Haben oder hatten Sie ...

- hohen Blutdruck  ja  nein
- niedrigen Blutdruck  ja  nein
- Diabetes  ja  nein
- Zahnfleischbluten  ja  nein
- Ohrensausen / Tinnitus  ja  nein
- Epilepsie  ja  nein
- Grünen Star  ja  nein
- eine Schilddrüsenerkrankung  ja  nein
- Rheuma  ja  nein
- Tuberkulose  ja  nein
- HIV (Aids)  ja  nein
- Hepatitis  ja  nein
- Wenn ja, welcher Typ?  A  B  C
- Allergien  ja  nein
- Wenn ja, wogegen?

Sonstige Infektionen / Erkrankungen:

---

---

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie ...

- eine Herzklappenentzündung
- Angina Pectoris
- einen Herzschrittmacher
- einen Herzinfarkt

Medikamente: Nehmen Sie ...

- Herzmedikamente
- Cortison (Kortikoide)
- Schmerzmittel
- Antidepressiva
- blutverdünnende Medikamente, z. B. Marcumar, ASS?
- andere Medikamente: \_\_\_\_\_

---

---

---

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten?

- ja  nein

Wenn ja, gegen welche? \_\_\_\_\_

---

---

Für unsere Patientinnen

Sind Sie schwanger?  ja  nein

Wenn ja, in welcher Woche?

Zum Schluss

- Knirschen Sie mit den Zähnen?  ja  nein
- Fühlen Sie sich psychisch stark belastet?  ja  nein
- Rauchen Sie?  ja  nein
- Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?  ja  nein

Fragen / Anmerkungen

---

---

---

Datum

Unterschrift