



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 Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

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

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

### Wer ist Ihr Hausarzt?

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

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

### Hinweise zur Organisation

Da wir eine Bestellpraxis sind, vereinbaren wir Termine mit Ihnen. So sind Zeiträume reserviert, in denen wir uns ausschließlich Ihrer Behandlung widmen. Wenn Sie einen Termin nicht einhalten können, sagen Sie diesen bitte 24 Stunden vorher telefonisch oder per Mail ab. Sollten Sie den Termin nicht zeitgerecht absagen, müssen wir Ihnen leider ein Ausfallhonorar in entsprechender Höhe in Rechnung stellen.

\_\_\_\_\_  
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 eine Endoprothese? (beispielsweise künstliches Kniegelenk oder Hüftgelenk)

- ja  nein

Wenn ja, wann wurde dieses eingebracht? \_\_\_\_\_

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

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie ...

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

Medikamente: Nehmen Sie ...

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

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

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten?

- ja  nein

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

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? \_\_\_\_\_

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

Sonstige Infektionen/ Erkrankungen

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift