

ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Wir bitten Sie diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir Ihre Wünsche bestmöglichst erfüllen können.

Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihr Zahnarzt Sebastian Täubert & Team

Persönliches

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ, Ort
Telefon, Mobil	E-Mail
Arbeitgeber	Telefon Arbeitgeber
Hausarzt bzw. andere Ärzte, bei denen Sie in ständiger Betreuung sind	
ggf. gesetzl. Betreuer (Name, Vorname, Anschrift, Telefon oder E-Mail)	

Versicherung

Krankenkasse

Gesetzlich versichert
 Privat versichert
 Zusatzversicherung
 Basistarif
 Beihilfeberechtigt

Sind Patient und Mitglied der Versicherung nicht identisch, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers:

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ, Ort

Mundgesundheitsituation

Haben Sie ein bestimmtes Anliegen, welches Sie in unsere Praxis führt?

Vorsorgeuntersuchung
 Beratung
 Schmerzbehandlung
 Prophylaxe
 Neuer Zahnersatz
 Überweisung Zahnarzt
 Zweite Meinung

	ja	nein
Sind Sie mit der Stellung, Farbe und Form Ihrer Zähne zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragen Sie eine Aufbißschiene?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Zahnfleischprobleme, Blutungen beim Zähneputzen oder Zahnfleischrückgang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig halbjährlich / jährlich professionell gereinigt (PZR, Prophylaxe)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie Operationen im Mund-, Kiefer-, Gesichtsbereich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Ja, welche?		

Allgemeine Gesundheitssituation

ja nein

Hoher Blutdruck
Herzerkrankung
wenn ja, welche:

Herzschrittmacher
Ist eine Endokarditisprophylaxe erforderlich?
Blutgerinnungsstörung
Schlaganfall
Nervenleiden, z. B. Epilepsie
Grüner Star
Ohnmachtsneigung
Lungenerkrankung
Diabetes
Schilddrüsenerkrankung
Rheumatische Erkrankungen
Hauterkrankungen
Allergien
wenn ja, welche:

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten
gegen Medikamente / Spritzen / Kunststoffe
oder Metalle aufgetreten?

Sind weitere Erkrankungen bekannt, die hier nicht erwähnt wurden?

ja nein

HIV
Hepatitis
Tuberkulose
Nehmen Sie Medikamente ein?
wenn ja, welche (z. B. Herzmedikamente,
Blutverdünner, Cortison, Schmerzmittel,
Insulin, Antidepressiva, Bisphosphonate):

Konsumgewohnheiten:

ja nein

Rauchen Sie?
Sind oder waren Sie alkoholabhängig?

Für unsere Patientinnen:

Sind Sie schwanger?
wenn ja, welche Woche: _____
Stillen Sie?

ja nein

Haben Sie Interesse an einer regelmäßigen professionellen Zahnreinigung (PZR)?
Dürfen wir Sie halbjährlich / jährlich an Ihre Vorsorge (Kontrolluntersuchung) erinnern?

**Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Anschrift und Ihres Gesundheitszustandes mit Ihrer Unterschrift.
Informieren Sie uns bitte über Änderungen. Vielen Dank!**

Ort, Datum

Unterschrift Patient / Betreuer / Bevollmächtigter / gesetzlicher Vertreter