



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...

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Routinekontrolle  | <input type="checkbox"/> neuen Zahnersatz |
| <input type="checkbox"/> Beratung          | <input type="checkbox"/> „zweite Meinung“ |
| <input type="checkbox"/> Schmerzbehandlung | <input type="checkbox"/> 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 ...

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> eine Herzklappenentzündung | <input type="checkbox"/> Angina Pectoris         |
| <input type="checkbox"/> einen Herzschrittmacher    | <input type="checkbox"/> einen Herzinfarkt       |
| <input type="checkbox"/> einen Herzfehler           | <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Leber                   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Nieren                  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Schilddrüse             | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Magen-Darm-Traktes      | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Gelenke (Rheuma)        | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Wirbelsäule             | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten?

ja  nein

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

### Haben oder hatten Sie ...

- |                             |  |
|-----------------------------|--|
| hohen Blutdruck             | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                        |
| niedrigen Blutdruck         | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                        |
| Diabetes                    | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                        |
| Zahnfleischbluten           | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                        |
| Ohrensausen / Tinnitus      | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                        |
| Epilepsie                   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                        |
| Grünen Star                 | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                        |
| eine Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                        |
| Rheuma                      | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                        |
| Tuberkulose                 | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                        |
| HIV (Aids)                  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                        |
| Hepatitis                   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                        |
| Wenn ja, welcher Typ?       | <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C |
| Allergien                   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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