

Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
herzlich Willkommen in unserer Praxis.

Dieser Anamnesebogen dient Ihrer Gesundheit und Sicherheit. Bitte lesen Sie ihn gut durch und füllen ihn sorgfältig aus. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihres Gesundheitszustandes optimal anpassen zu können.

Patient

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon privat: _____

Mobil: _____

E-Mail: _____

Telefon beruflich: _____

Versicherter*

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon privat: _____

Mobil: _____

E-Mail: _____

Telefon beruflich: _____

Falls sie privat versichert sind, welchen Tarif haben sie gewählt? _____

Haben Sie eine private Zusatzversicherung? _____

Sind Sie beihilfeberechtigt? _____

Von wem wurde Ihnen unsere Praxis empfohlen? _____

Wer ist Ihr Hausarzt? _____

Beruf: _____

Bestehen oder bestand bei Ihnen die folgende/n Krankheit/en, Beschwerde/n, Befunde?

	Ja	Nein		Ja	Nein
Hoher Blutdruck			Nervenerkrankung		
Niedriger Blutdruck			Lebererkrankung/ Hepatitis		
Nierenerkrankung			Rheuma/ rheumatisches Fieber		
Zuckerkrankheit(Diabetes)			Anfallsleiden(Epilepsie)		
Magen-/Darmerkrankung			Blutgerinnungsstörung		
Immunschwäche(HIV/AIDS)			Schilddrüsenerkrankung		
Psychische Probleme			Augenerkrankung		
Lungenerkrankung (Asthma)			Sonstige Erkrankungen: _____		
Herzerkrankung: _____					
Allergien: _____					

*(nur auszufüllen, falls Sie in einer Familienversicherung mitversichert sind)





Waren Sie vor kurzem oder sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein
 Wenn ja, welche Fachrichtung/en: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein
 Wenn ja, welche: _____

Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein
 Wenn ja, im _____ Monat.

Traten jemals Komplikationen bei zahnärztlichen Behandlungen auf? Ja Nein
 Benötigen Sie vor zahnärztlichen Eingriffen eine Antibiotikaprophylaxe? Ja Nein
 Haben Sie im Moment Zahnschmerzen? Ja Nein
 Bestehen überempfindliche Zahnhälse? Ja Nein
 Leiden Sie unter häufigem Erbrechen/Sodbrennen/Aufstoßen? Ja Nein

Welche zahnmedizinischen Probleme liegen vor bzw. welche Erkrankung befürchten Sie?

Karies	Probleme (mit der vorhandenen Versorgung)	Zahnfleischprobleme
Verletzungen	Kiefergelenksprobleme	Aussehen der Zähne

Sonstiges: _____
 Weshalb suchen Sie uns auf? Was ist Ihr Hauptanliegen?: _____

I. Mundhygiene:

Welche Ziele haben Sie sich für Ihre Mundgesundheit gesetzt? _____

Wurde Ihnen schon einmal ausführlich gezeigt, wie Sie individuelle Zahnpflege betreiben sollen?
Ja Nein

Haben Sie Ihren Zähnen schon einmal eine professionelle Zahnreinigung gegönnt?
Ja Nein

Wie oft reinigen Sie Ihre Zähne täglich? _____
 Wie lange dauert der längste Putzvorgang? _____

Welche Zahnbürste verwenden Sie?	manuell	elektrisch	Schall
Welche Bürstenbewegungen führen Sie aus?	eher schrubkend	eher kreisend	sonstige
Blutet es beim Zähneputzen?	immer	selten	nie
Besteht Mundgeruch?	immer	selten	nie





Reinigen Sie Ihre Zahnzwischenräume? täglich gelegentlich nie
Wenn ja, welche? _____

Führen Sie Zungenreinigung durch? täglich gelegentlich nie
Wenn ja, welche? _____

Verwenden Sie regelmäßig Mundspüllösungen? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

Verwenden Sie sonstige Mundhygieneartikel? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

II. Fluoridangebot:

Welches Mineralwasser trinken Sie bevorzugt? _____

Verwenden Sie Fluoridtabletten? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

Kochen Sie mit fluoridiertem Speisesalz? Ja Nein
Welche Zahnpasta verwenden Sie? _____

Trinken Sie häufig Schwarztee? Ja Nein

III. Ernährung:

Sind Sie jemals über zahngesunde Ernährung informiert worden? Ja Nein

Welche Ziele haben Sie sich für Ihre Mundgesundheit gesetzt? _____

Wie oft essen Sie täglich zuckerhaltige Produkte? _____

Wie oft trinken Sie täglich zuckerhaltige Getränke? _____

Essen Sie häufig Obst oder trinken Fruchtsäfte? Ja Nein

Bevorzugen Sie überwiegend Vollwertkost? Ja Nein

Sind Sie Vegetarier? Ja Nein

Kauen Sie Kaugummi? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Sonstige Angaben zu besonderen Ernährungsgewohnheiten? _____

VI. Rauchen:

Rauchen Sie zur Zeit? Ja Nein

Haben Sie früher geraucht? Ja Nein



V. Funktion:

Haben Sie die Neigung mit den Zähnen zu knirschen/pressen?	Ja	Nein
Haben Sie Angewohnheiten, wie Zungenpressen oder Wangenbeißen?	Ja	Nein
Ist Ihre Kaumuskulatur oft verspannt?	Ja	Nein
Sind bestimmte Kieferbewegungen schmerzhaft oder eingeschränkt?	Ja	Nein

VI. Zahnarztbesuch/frühere Behandlungen

Wurden im letzten Jahr neue Füllungen/Inlays/Kronen gemacht?	Ja	Nein
Wurden im letzten Jahr zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht?	Ja	Nein

Welche Behandlungen standen bisher im Vordergrund? _____

Sonstige Anliegen Ihrerseits? _____

Koblenz, den _____

Unterschrift Patient