

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit

Vorname Name geb. am
 Versicherte/r geb. am
 Anschrift
 Beruf beschäftigt bei
 Telefon privat Telefon geschäftlich
 Mobil E-Mail
 Krankenkasse zusätzlich versichert ja nein Beihilfeberechtigt ja nein
 Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden (Empfehlung, Überweisung, Internet)?
 Schwangerschaft? ja nein (Monat) Infektionskrankheiten (Hepatitis, Tbc, Aids usw.)

Spez. medizinische Anamnese Auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie um Ausfüllung dieses Erhebungsbogens. Bitte beachten Sie, dass diese Angaben auf das Strengste der ärztlichen Schweigepflicht in unserer Praxis unterliegen. Sie dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

1. Infektionsanfälligkeit
 2. Herz-Kreislauf
 3. Atemsystem
 4. Verdauungsorgane
 5. Stoffwechselerkrankungen
 6. Allergien, Haut
 7. Urogenitalsystem, Niere, Unterleib
 8. Nervensystem
 9. Psychische Probleme (auch Therapie?)
 10. Chronische Erkrankungen
 11. Hormonelle Erkrankungen
 12. Schnarchen Sie?
 13. Spezielle Probleme oder sonstige Krankheiten
 14. Arzneimittelüberempfindlichkeit gegen
 15. Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein? Welche?
 16. Pro Tag Tassen Kaffee Zigaretten Alkohol Süßigkeiten

Datum Unterschrift des Patienten oder des Erziehungsberechtigten

Aktualisiert Datum Unterschrift des Patienten oder des Erziehungsberechtigten

Aktualisiert Datum Unterschrift des Patienten oder des Erziehungsberechtigten

Aktualisiert Datum Unterschrift des Patienten oder des Erziehungsberechtigten

Zahnärztliche Anamnese für Neupatienten

- **17.** Welches besondere Anliegen führt Sie in unsere Praxis?
- **18.** Legen Sie Wert auf schöne Zähne und gesundes Zahnfleisch?
- **19.** Haben Sie irgendwann Beschwerden, wenn Sie kauen?
- **20.** Haben Sie Zahnfleischbluten, -rückgang?
- **21.** Machen Ihre Kiefergelenke Geräusche, auf welcher Seite?
- **22.** Haben Sie manchmal Schmerzen vor, hinter oder im Ohr?
- **23.** Leiden Sie an Kopfschmerzen morgens, mittags, abends?
- **24.** Leiden Sie unter Verkrampfung oder Ziehen im Kopf, Nacken oder Hals?
- **25.** Haben Sie manchmal das Gefühl von Trockenheit oder Brennen im Mund?
- **26.** Müssen Sie einen Platz suchen, um die Zähne richtig zu schließen?
- **27.** Welche Medikamente nehmen Sie gegen die angeführten Zustände?
- **28.** Hatten Sie jemals Beschwerden im Kopf oder Nacken nach einem Unfall?
- **29.** Hatten Sie jemals eine Zahnspange oder eine Einschleifbehandlung?
- **30.** Beeinflussen die angeführten Beschwerden Ihr Wohlbefinden oder Ihre Schaffenskraft?
- **31.** Wann war Ihre letzte Zahnbehandlung, was wurde gemacht?
- **32.** Wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung im Mund-Kiefer-Bereich?
- **33.** Wünschen Sie eventuell eine Behandlung auf biologischer Basis?
- **34.** Möchten Sie die bei Ihnen verwendeten Zahnersatzmaterialien/Medikamente austesten lassen?

Notizen

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....