

## ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe. Wir bitten Sie diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen können. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihr Christopher Ziegler & Team

### Persönliches

Name, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
Straße		PLZ, Ort
Telefon (Festnetz/Mobil)		Telefon für Notfälle
E-Mail	Beruf, Arbeitgeber	

### Versicherung

Name der Krankenkasse

gesetzlich versichert       privat versichert       zahnzusatzversichert

Sind Patient und Versicherungsnehmer nicht identisch, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers.

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ, Ort

### Hausarzt

Name	Ort/Telefonnummer
------	-------------------

### Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung von       Internet       Sonstiges

### Haben Sie ein bestimmtes Anliegen, das Sie in unsere Praxis führt?

Vorsorgeuntersuchung       Beratung       Schmerzbehandlung  
 neuer Zahnersatz       zweite Meinung       Sonstiges:

Bitte wenden!

## Allgemeine Gesundheitssituation

	ja	nein		ja	nein
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rheumatische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja, welche:		
Herzerkrankungen (Herzpass)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja, welche:		
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HbA1c-Wert:		
Allergien/Arzneimittelüberempfindlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja, welche:		
OP's in den letzten 2 Jahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja, welche:		
Endoprothesen/Implantate (z.B. Herzklappe, Herzschrittmacher, Stent, Hüfte, Knie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja, welche:		
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja, in welcher SSW:		
Sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja, welche:		

## Infektionskrankheiten/Bakterien

HIV    Hepatitis A / B / C    Tuberkulose    MRSA-Keim    Sonstiges: \_\_\_\_\_

## Nehmen Sie Medikamente ein?

Blutverdünnende Medikamente: \_\_\_\_\_

Blutdrucksenker                       Bisphosphonate                       Kortison

Schmerzmittel                               Antidepressiva                               Medikamentenpass

Sonstiges: \_\_\_\_\_

## Mundgesundheit

Wann wurde die letzte zahnärztliche Untersuchung durchgeführt? \_\_\_\_\_

Wann sind die letzten Röntgenbilder angefertigt worden? \_\_\_\_\_

	ja	nein
Rauchen Sie? Wieviel am Tag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knierschen oder Pressen Sie mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragen Sie eine Schiene?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben oder hatten Sie Kiefergelenkgeräusche, Knacken oder Reiben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Migräne oder häufigen Kopf-/Nackenschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Zahnfleischprobleme? Blutungen beim Zähneputzen? Zahnfleischrückgang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie überempfindliche Zähne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnarchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde bei Ihnen bereits eine Parodontitis-Behandlung durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig halbjährlich/jährlich professionell gereinigt (PZR)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie mit der Stellung, Form und Farbe Ihrer Zähne zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Möchten Sie in unser Recall-Programm (Prophylaxe) aufgenommen werden?**                                           

Wir bieten Ihnen den Service einer reinen Bestellpraxis. Das heißt, an Ihrem Termin ist die Zeit für Sie reserviert. **Wir bitten daher, Termine rechtzeitig, jedoch mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.** Das gibt uns die Chance, Termine anderen Patientinnen und Patienten anzubieten. Eine lange Wartezeit kann so häufig vermieden werden.

Nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine können in Rechnung gestellt werden.

Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Gesundheitsangaben mit Ihrer Unterschrift.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in oder gesetzl. Vertreter/in