



# ZAHNZENTRUM MOSBACH

Dr. Fischer & Kollegen

## ANAMNESEBOGEN

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 Allgemein-erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

### Persönliche Angaben:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ / Ort

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Geburtsort

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer (bitte Festnetz und/oder Handy)

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse

\_\_\_\_\_  
Beruf

Krankenkasse / private Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

gesetzlich versichert:       ja     nein

Zusatzversicherung:       ja     nein

privat versichert:       ja     nein

### Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist der Versicherte?

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ / Ort

### Wer ist Ihr Hausarzt?

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Ort der Praxis / Praxisstandort

### Hinweise zur Organisation:

Wir sind eine Bestellpraxis. Für den Fall, dass Sie eine reservierte Behandlungszeit nicht in Anspruch nehmen können, bitten wir Sie, rechtzeitig (möglichst 24 Stunden vorher) abzusagen. Sie erweisen uns und Ihren Mitpatienten damit einen großen Gefallen. Bei mehrmaligem Nichterscheinen ohne vorherige Absage können wir Ihnen aus organisatorischen Gründen keine festen Termine mehr anbieten, Ausfallzeiten dürfen und können nach § 615 Satz BGB § 287 ZPO berechnet werden.

Bitte Vorder- und Rückseite ausfüllen 

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_



# ZAHNZENTRUM MOSBACH

Dr. Fischer & Kollegen

## Möchten Sie regelmäßig an Ihre nächste Vorsorgeuntersuchung erinnert werden?

Ja und zwar gerne per ...  E-Mail  SMS  Post

Wichtig ist, dass die E-Mail-Adresse und / oder Handynummer auf Seite 1 angegeben werden!

## Warum suchen Sie uns auf?

### Wünschen Sie eine/einen:

- Routinekontrolle  neuen Zahnersatz  
 Beratung  „zweite Meinung“  
 Schmerzbehandlung  andere Gründe:

\_\_\_\_\_

Haben Sie akute Zahnschmerzen?  ja  nein

\_\_\_\_\_

Haben Sie Kiefergelenkschmerzen?  ja  nein

## Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der/des...

- |                    |                          |                            |
|--------------------|--------------------------|----------------------------|
| Kreislaufs         | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Leber              | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Nieren             | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Schilddrüse        | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Magen-Darm-Traktes | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Gelenke (Rheuma)   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Wirbelsäule        | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

## Haben oder hatten Sie ...

- |                             |                          |   |
|-----------------------------|--------------------------|---|
| Hohen Blutdruck             | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein                      |
| Niedrigen Blutdruck         | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein                      |
| Diabetes                    | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein                      |
| Ohrensausen / Tinnitus      | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein                      |
| Osteoporose                 | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein                      |
| Epilepsie                   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein                      |
| Grünen Star                 | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein                      |
| Tuberkulose                 | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein                      |
| HIV (Aids)                  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein                      |
| Hepatitis                   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein                      |
| Wenn ja, welcher Typ?       | <input type="radio"/> A  | <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C |
| Creutzfeldt-Jakob-Krankheit | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein                      |
| MRSA                        | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein                      |

## Sonstige Infektionen / Erkrankungen:

\_\_\_\_\_

Haben Sie einen Pflegegrad?  ja  nein

Wenn ja, welchen? \_\_\_\_\_

Haben Sie eine Eingliederungshilfe?  ja  nein

## Zu Ihrem Herzen – Haben oder hatten Sie:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> Stents                | <input type="radio"/> Bypass                |
| <input type="radio"/> Herzschrittmacher     | <input type="radio"/> Herzinfarkt           |
| <input type="radio"/> Herzklappenentzündung | <input type="radio"/> künstliche Herzklappe |
| <input type="radio"/> Angina Pectoris       | <input type="radio"/> _____                 |

## Medikamente: Nehmen Sie ...

- Herzmedikamente: \_\_\_\_\_
- Cortison (Kortikoide)  Schmerzmittel
- Antidepressiva
- blutverdünnende Medikamente:
- |                                  |                                    |                                  |
|----------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ASS     | <input type="checkbox"/> Marcumar® | <input type="checkbox"/> Lixiana |
| <input type="checkbox"/> Eliquis | <input type="checkbox"/> Pradaxa   | <input type="checkbox"/> Xarelto |
- andere Medikamente: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

## Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten?

ja  nein

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

## Haben oder hatten Sie ...

Allergien  ja  nein

Wenn ja, wogegen? \_\_\_\_\_

Eine Gelenkprothese  ja  nein

(z. B. ein künstliches Knie- oder Hüftgelenk)

Wenn ja, wo genau? \_\_\_\_\_

und seit wann \_\_\_\_\_

## Für unsere Patientinnen:

Sind Sie schwanger?  ja  nein

Wenn ja, in welcher Woche? \_\_\_\_\_

## Zum Schluss ...

Knirschen Sie mit den Zähnen?  ja  nein

Rauchen Sie?  ja  nein

Bitte achten Sie darauf, dass der Anamnesebogen auf beiden Seiten unterschrieben ist! Vielen Dank!

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_