



ZAHNEXPERTEN

Dr. Pahl

ANAMNESEBOGEN

Herzlich Willkommen und vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Name Hauptversicherter	Vorname	Geb. am
Name Patient	Vorname	Geb. am
Straße	PLZ, Ort	Telefon privat
Beruf	Beschäftigt bei	Telefon geschäftlich
Krankenkasse	Zusätzlich versichert ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Telefon mobil
Beihilfeberechtigt ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Freiwillig versichert ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	E-Mail
Geburtsort	Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?	

Medizinische Anamnese

Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Therapie haben. Wir möchten Sie daher bitten, folgenden Fragebogen auszufüllen, damit wir unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand und Ihren individuellen Bedürfnissen anpassen können. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Haben/Hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

- Herz-Kreislaufsystem (z.B. Bluthochdruck, Schrittmacher, Infarkt, Klappenersatz): _____
- Atemwege (Bronchitis, Asthma, etc.): _____
- Stoffwechselstörungen (Diabetes, Schilddrüse, etc.): _____
- Neurologisch (Schlaganfall, Parkinson, etc.): _____
- Allergien (Allergiepass vorhanden?) _____
- Leiden Sie unter Medikamentenunverträglichkeit? _____
- Infektionen (Hepatitis, Tbc, HIV, usw.): _____
- Wurden Sie wegen einer Krebserkrankung behandelt? (z.B. Chemo, Bestrahlung) _____
- Leiden Sie unter Osteoporose? _____
- Wurden Sie jemals mit Bisphosphonaten therapiert (z.B. Fosamax, Zometa) _____
- Haben Sie eine Endoprothese (Hüfte, Knie, Etc.)? _____
- Verdauungsorgane (Magen, Darm): _____
- Urogenitalsystem (Niere, Unterleib): _____
- Rheuma: _____
- Rauchen Sie? Wenn Ja wieviel? _____

- Nehmen Sie zurzeit Arzneimittel ein? Welche? _____

Für Patientinnen

- Besteht eine Schwangerschaft? Welcher Monat? _____

Zahnärztliche Anamnese

- Welches besondere Anliegen führt Sie in unsere Praxis? _____

- Haben Sie spezielle Wünsche, Ängste oder Erwartungen?

- Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch und was wurde gemacht?

- Wann und wo wurden die letzten Röntgenbilder gemacht?

- Haben Sie Zahnfleischbluten oder –Rückgang? Ja Nein
 - Tragen Sie Zahnersatz (Krone, Brücken, Prothesen, Implantate)? Wenn ja seit wann? Ja Nein

 - Sind sie mit der ästhetischen Erscheinung Ihrer Zähne und mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden? Ja Nein
 - Ist Ihre Unterkieferbeweglichkeit eingeschränkt (z.B. nur geringe Mundöffnung)? Ja Nein
 - Leiden Sie unter Schmerzen in der Ohr- und/oder Kiefergelenkregion? Ja Nein
 - Beobachten Sie Knack- oder Reibegeräusche beim Öffnen oder Schließen des Mundes? Ja Nein
 - Leiden Sie unter schlechtem Atem (Mundgeruch)? Ja Nein
 - Leiden Sie unter Ohrgeräuschen oder Tinnitus? Ja Nein
 - Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Biss nicht stimmt? Ja Nein
 - Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen? Ja Nein
 - Tragen Sie eine Schiene? Ja Nein
 - Hatten Sie jemals einen Unfall mit Schädigungen im Hals-/Kopfbereich? Ja Nein
 - Leiden sie unter Kopfschmerzen oder Migräne? Ja Nein
 - Haben Sie Verspannungen der Nacken- und/oder Schultermuskulatur? Ja Nein
 - Haben Sie Gleichgewichtsstörungen oder Schwindelgefühl? Ja Nein
 - Leiden Sie unter Schlafstörungen (Schnarchen, Atemaussetzer) mit Tagesmüdigkeit? Ja Nein
 - Beeinflussen die aufgeführten Beschwerden Ihre Schaffenskraft und Ihr Wohlbefinden? Ja Nein
- Sind Sie damit einverstanden, Terminerinnerung bei größeren Behandlungen per SMS oder E-Mail zu erhalten? Ja Nein

Datum Unterschrift