



IRIS ALEXA HOWALDT
Zahnärztin

DR. JÖRG WENDLER
angest. Zahnarzt

Nathestraße 1
37115 Duderstadt OT Nesselröden
05527 / 5033

www.zahnarztpraxis-duderstadt.de
info@zahnarztpraxis-duderstadt.de

ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient!

Bevor wir uns in Ruhe um Ihre zahnmedizinischen Wünsche kümmern, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Da auch Allgemeinerkrankungen Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben können, bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliches

Name/ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
Straße/ Nr.: _____ PLZ/ Ort: _____
Telefon (privat): _____ Beruf: _____
E-Mail Adresse: _____
Krankenkasse: _____
☐ beihilfeberechtigt ☐ zusätzlich versichert ☐ freiwillig versichert

Allgemein

Ihr Hausarzt: _____ Ort: _____ Telefon: _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Besitzen Sie einen Medikamentenplan, dann stellen Sie uns diesen bitte zur Verfügung.

Existieren Allergien gegen Medikamente/andere Stoffe?

Wenn ja, welche? _____

Wann wurden Sie das letzte Mal geröntgt? am _____ bei _____

Haben Sie die zahnärztl. Lokalanästhesie (örtliche Betäubung) bisher gut vertragen? ☐ Ja ☐ Nein

Besteht eine Schwangerschaft? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche Woche?

Rauchen Sie? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wieviel? _____ Zig. / _____ Pack. pro Tag

Warum suchen Sie uns auf? Wünschen Sie eine/n...

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

Haben Sie akute Schmerzen? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wie äußern sich diese?

- ☐ Dauerschmerz
- ☐ Zähne reagieren auf süß/sauer
- ☐ Manche Zähne sind temperaturempfindlich
- ☐ Zähne schmerzen bei Belastung oder Kauen
- ☐ Zähne schmerzen auch ohne Belastung
- ☐ Schmerzen oder Entzündungen am Zahnfleisch
- ☐ Kieferschmerzen/Kiefergelenkschmerzen

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

- | | | |
|---------------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Herzens oder Kreislaufs | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Lunge (z.B. COPD, Asthma) | <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 |
| (z.B. Morbus Crohn, Colitis Ulzerosa) | | |
| 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 |
| Ohnmachtsneigung | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Diabetes | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Zahnfleischbluten | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Ohrensausen/Tinnitus | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Epilepsie | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Grüner Star (Glaukom) | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Osteoporose | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Endoprothesen | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |

Wenn ja, seit wann? _____

Tuberkulose ☐ Ja ☐ Nein

HIV (Aids) ☐ Ja ☐ Nein

Hepatitis ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welcher Typ? ☐ A ☐ B ☐ C

Sonstige Infektionen/Erkrankungen:

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie ...

- ☐ Angeborene Herzfehler/ Implantate
- ☐ Klappenersatz, Stents...
- ☐ Herzschrittmacher
- ☐ Herzinfarkt
- ☐ Herzklappenentzündung / Endokarditis
- ☐ Blutgerinnungsstörungen (z.B. verlängerte Blutung bei Schnittwunden oder nach Operationen)

Zahn-Mund-Situation

Welches besondere Anliegen führt Sie zu uns in die Praxis?

- ☐ Zahnfleischbluten/Zahnfleischrückgang
- ☐ Geräusche/Schmerzen im Kiefergelenk
- ☐ Schmerzen im Kopf- u./od. Nackenbereich
- ☐ Knirschen Sie mit den Zähnen?
- ☐ Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?

Fragen/Anmerkungen:

Datum

Unterschrift

Hinweis zur Organisation

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte geben Sie uns mindestens 24 Stunden vorher Bescheid. Andersfalls müssen wir Ihnen eine Ausfallgebühr nach geltender Satzung berechnen. Vielen Dank für Ihr Verständnis!