



IRIS ALEXA HOWALDT
Zahnärztin

DR. JÖRG WENDLER
angest. Zahnnarzt

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? _____ Zigaretten / _____ Pack. pro Tag

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

- Routine neuen Zahnersatz
 Beratung „zweite Meinung“
 Schmerzbehandlung 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 Ja Nein
Lunge (z.B. COPD, Asthma) Ja Nein
Leber Ja Nein
Nieren Ja Nein
Schilddrüse Ja Nein
Magen-Darm-Traktes Ja Nein
(z.B. Morbus Crohn, Colitis Ulzerosa)
Gelenke (Rheuma) Ja Nein
Wirbelsäule Ja Nein

Haben oder hatten Sie....

- hohen Blutdruck Ja Nein
niedrigen Blutdruck Ja Nein
Ohnmachtsneigung Ja Nein
Diabetes Ja Nein
Zahnfleischbluten Ja Nein
Ohrensausen/Tinnitus Ja Nein
Epilepsie Ja Nein
Grüner Star (Glaukom) Ja Nein
Osteoporose Ja Nein
Endoprothesen Ja 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?

Frage/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!