



die zahnärztinnen

natalie kühne und kolleginnen

## Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient!

Willkommen in unserer Zahnarztpraxis. Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

_____	_____
Patient Name, Vorname	Geburtsdatum und Geburtsort

_____	_____
Versicherter Name, Vorname	Geburtsdatum

_____	_____
Straße / Hausnummer	Wohnort

_____	_____
Telefonnummer	Mobiltelefon

_____	_____
Beruf	Email

Krankenkasse

Gesetzlich     Private Zusatzversicherung     Privat versichert im Basistarif

Privat versichert nicht im Basistarif     Beihilfeberechtigt



die zahnärztinnen  
natalie kühne und kolleginnen

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Empfehlung  Überweisung  Internet  Telefonbuch/Gelbseiten

Sonstiges \_\_\_\_\_

Wünschen Sie eine Erinnerung zu Ihrem Kontrollbesuch?

Ja, per SMS  Email  Post  Nein Danke

## Risikoanamnese

Diese Angaben sind notwendig, damit Risiken und Komplikationen während der Behandlung vorgebeugt werden kann.

Infektionskrankheiten (HIV,TBC,Hepatitis,...)

Herzerkrankungen (Herzschrittmacher, Bluthochdruck,...)

Hormonelle Erkrankung (Diabetes, Schilddrüse,...)

Blutgerinnungsstörung

Chronische Erkrankungen (Theuma, MS, Krebs,...)

Knochenerkrankungen (Osteoporose,...)

Schwangerschaft  ( \_\_\_\_\_ ter Monat)      Stillzeit  ( \_\_\_\_\_ ter Monat)

Allergien \_\_\_\_\_

Medikamenteneinnahme \_\_\_\_\_

## Spezielle medizinische Anamnese

Allgemeinerkrankungen und Befindlichkeitsstörungen können in Wechselwirkung zum Kauorgan stehen. Durch Ihre Angaben können eventuelle Zusammenhänge erkannt und während der Therapie berücksichtigt werden.

Magen, Bauchspeicheldrüse, Milz: \_\_\_\_\_

Leber, Galle: \_\_\_\_\_

Atemsystem, Verdauung, Nasennebenhöhlen: \_\_\_\_\_

Haut (Allergie, Neurodermitis,...): \_\_\_\_\_

Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Hormonelle Störungen: \_\_\_\_\_



die zahnärztinnen  
natalie kühne und kolleginnen

Niere, Blase, Lymphe, Unterleib: \_\_\_\_\_

Psychische Probleme / Belastung: \_\_\_\_\_

Spezielle Probleme Erkrankungen: \_\_\_\_\_

## Zahnärztliche Anamnese

\_\_\_\_\_

Welches Anliegen führt Sie in unsere Praxis?

\_\_\_\_\_

Wie lange liegt der letzte Zahnarztbesuch zurück?

Röntgen im Mund-/ Kieferbereich: ja  nein

\_\_\_\_\_

Was wurde gemacht

\_\_\_\_\_

Was ist Ihnen im Zusammenhang mit Ihrer zahnärztlichen Betreuung besonders wichtig?

Lächeln Sie gerne? Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden?

Ja  Nein, ich empfinde die Farbe meiner Zähne als unattraktiv

Mich stört das Aussehen von Füllungen oder Zahnersatz

Die Stellung meiner Zahnreihen finde ich nicht optimal

Ich hätte gern ein gesünder aussehendes Zahnfleisch

Meine Zahnlücke stört mich  Sonstiges: \_\_\_\_\_



die zahnärztinnen  
natalie kühne und kolleginnen

### Ist Ihnen aufgefallen, dass...

- Ihr Zahnfleisch häufiger blutet oder zurückweicht, bzw. Ihnen Ihre Zähne länger erscheinen als sonst?
- Sie unter schlechtem Geschmack/Mundgeruch leiden?
- Ihre Zähne gewandert sind oder gelockert erscheinen?
- Sich bei Ihnen schnell Zahnstein bildet?
- Sich Ihre Zähne schnell verfärben?
- Sich die Mundschleimhaut häufig entzünden?
- Sie mit den Zähnen knirschen? Haben Sie schon eine Knirscherschiene?
- Ihre Kiefergelenk Geräusche machen?
- Sie Ohrgeräusche haben oder Schmerzen vor oder hinter dem Ohr?
- Ihre Zähne nicht richtig aufeinander passen?
- Sie Verspannungen im Bereich der Nackenmuskulatur haben?
- Sie häufiger unter Kopfschmerzen/Migräne leiden?
- Wünschen Sie naturheilkundliche Unterstützung bei Ihrer zahnärztlichen Therapie?
- Sind oder waren Sie in kieferorthopädischer Behandlung?
- Schnarchen Sie?

### Wichtige Informationen:

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner Daten stimme ich zu.

Ich verpflichte mich, umgehend über alle, während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.

Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen habe.

Ich versichere hiermit die Richtigkeit meiner Angaben.

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift