

Anamnese-Formular

Name:.....

Geb.Datum:.....

Dieses Anamnese-Formular dient Ihrer Gesundheit und Sicherheit. Bitte lesen Sie es gut durch und füllen es sorgfältig aus. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die zahnärztliche Therapie Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Teilen Sie uns auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes mit.

Ärztliche Anamnese: (zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Allergien (Aspirin, Penicillin, Jod, Sulfonamide,...) Welche? | <input type="checkbox"/> Magen-/Darm-/Nierenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Ansteckende Krankheiten (Hepatitis, HIV, Tbc,...) Welche? | <input type="checkbox"/> Migräne |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Bluterkrankung (Leukämie, Anämie...) | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen (Hämophilie) | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ASS100 / Marcumar |
| <input type="checkbox"/> Depression | Sonstige: |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, wievielte Woche? |
| <input type="checkbox"/> Herzfehler mit Endokarditisrisiko | <input type="checkbox"/> Nehmen Sie Kontrazeptiva (Anti-Baby-Pille) ein? |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt / Schlaganfall / Lähmungen | <input type="checkbox"/> Leiden oder litten Sie an einer Krebserkrankung? |
| <input type="checkbox"/> Herz-/Kreislaufferkrankungen / Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Sonstige Angaben oder Krankheiten? Welche? |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | |

Zahnärztliche Anamnese: (zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Weshalb kommen Sie zu uns (Hauptanliegen)? | <input type="checkbox"/> Verspüren Sie Zungenbrennen? |
| <input type="checkbox"/> Traten bei zahnärztl. Behandlungen Probleme auf ? Wenn ja, welche | <input type="checkbox"/> Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen? |
| <input type="checkbox"/> Haben Sie empfindliche Zähne oder Zahnhälse? | <input type="checkbox"/> Haben Sie Probleme mit Ihrem Kiefergelenk? |
| <input type="checkbox"/> Leiden/Litten Sie an einer Kieferhöhlenerkrankung? | <input type="checkbox"/> Hatten Sie jemals einen Unfall im Bereich des Gesichts oder des Kiefers? |
| <input type="checkbox"/> Blutet Ihr Zahnfleisch? | <input type="checkbox"/> Leiden Sie an Tinnitus (Ohrgeräusche)? |
| <input type="checkbox"/> Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück? | <input type="checkbox"/> Wurden die Zähne in den letzten 12 Monaten geröntgt? |
| <input type="checkbox"/> Sind Ihre Zähne gelockert? | <input type="checkbox"/> Wenn wir diese Röntgenaufnahmen anfordern sollen, dann bitten wir um die Adresse des Vorbehandlers: |
| <input type="checkbox"/> Zahnverlust durch Zahnlockerung? | |
| <input type="checkbox"/> Zahnwanderung? | |
| <input type="checkbox"/> Entzündungen mit Anschwellen des Zahnfleisches? | <input type="checkbox"/> Tragen Sie herausnehmbaren Zahnersatz? Im Oberkiefer seit Jahren im Unterkiefer seit Jahren |
| <input type="checkbox"/> Eltern hatten Zahnfleischerkrankungen und ggf. dadurch Zähne verloren? | <input type="checkbox"/> Tragen Sie festsitzenden Zahnersatz? Im Oberkiefer seit Jahren Im Unterkiefer seit Jahren |
| <input type="checkbox"/> Rauchen Sie (Tabakkonsum)? | |
| <input type="checkbox"/> Frühere Zahnfleischbehandlungen Wenn ja, wann? | |
| <input type="checkbox"/> Leiden Sie öfters unter Aphten / Herpes? | |
| <input type="checkbox"/> Leiden Sie unter Mundgeruch? | |
| <input type="checkbox"/> Haben Sie große Angst vor einer zahnärztlichen Behandlung? | |

Ort, Datum, Unterschrift Patient