



Zahnärztliche Praxis  
Grit Wulf

# Anamnesebogen

## Liebe Patientin, lieber Patient!

Vielen Dank, dass Sie uns Ihre (Zahn)Gesundheit anvertrauen. Wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen.

Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe.

Wir bitten Sie diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen können. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

## Persönliches

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Geburtsort

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer (Handy, privat, Arbeitsplatz)

\_\_\_\_\_  
E-Mail

\_\_\_\_\_  
Beruf / Arbeitgeber

\_\_\_\_\_  
Hausarzt

## Krankenkasse

- Gesetzlich krankenversichert
- Privat krankenversichert
- Nur Basistarif
- Beihilfeberechtigt
- Zusatzversicherung:

## Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- von Bekannten empfohlen
- Telefon- / Branchenbuch
- Jameda
- Suchmaschine
- Homepage
- Sonstiges

## Warum suchen Sie uns auf?

- Routinekontrolle
  - Beratung
  - Prophylaxe/Professionelle Zahnreinigung
  - Schmerzen
  - Ästhetische Verbesserung erwünscht
  - neuen Zahnersatz
  - „zweite Meinung“
  - andere, nämlich:
- \_\_\_\_\_

## Ich wünsche eine Beratung über...

- Implantate (künstliche Zahnwurzeln)
  - Zahnersatz
  - Parodontalbehandlung (Zahnfleischbehandlung)
  - Amalgamalternativen
  - Schöneres Lächeln – ästhetische Zahnheilkunde
  - Kiefergelenk-Behandlung (CMD)
  - Sonstiges, nämlich:
- \_\_\_\_\_

## Sie sind uns wichtig

	Ja	Nein
Sind Sie mit der Stellung, Farbe und Form Ihrer Zähne zufrieden?		
Sind Sie mit Ihrem Lächeln zufrieden?		
Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen?		
Haben Sie öfter Kopf- oder Nackenschmerzen?		
Haben Sie öfter Stress?		
Haben Sie Zahnfleischprobleme? Blutet Ihr Zahnfleisch beim Zähneputzen?		
Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund?		
Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig halbjährlich / jährlich professionell gereinigt?		
Haben Sie Angst vor zahnärztlichen Behandlungen?		
Schnarchen Sie?		
Haben Sie Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen?		
Sie sind stark schmerzempfindlich?		
Haben Sie einen starker Würgereiz?		

## Allgemeiner Gesundheitszustand

Bitte nur Zutreffendes ankreuzen

### Herzerkrankungen

- Herzschwäche (Insuffizienz)
- Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)
- Herzasthma, Angina pectoris
- Herzschrittmacher, Herzklappenersatz

### Kreislaufferkrankungen

- Zu hoher Blutdruck
- Zu niedriger Blutdruck
- Zustand nach Herzinfarkt
- Gerinnungshemmende Medikamente

### Vegetative Erkrankungen

- Ohnmachtsanfälle
- Aufputsch- oder Beruhigungsmittel

### Stoffwechselerkrankungen

- Zuckerkrankheit (Diabetes)
- Magen-Darmerkrankungen
- Schilddrüsenerkrankungen

### Allergienachweis oder verdacht auf:

---



---



---

## Erkrankungen des Nervensystems

- Epileptische Anfälle
- Krämpfe

### Bluterkrankungen

- Blutungsneigung (Hämophilie)
- Blutarmut (Anämie)

### Infektionskrankheiten

- Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis)
- Tuberkulose
- Chronische Erkrankungen der Atemwege
- HIV Test durchgeführt?  Pos.  Neg.

### Weitere Angaben

- Alkoholabhängigkeit
- Drogenabhängigkeit
- Raucher

Nehmen Sie zurzeit regelmäßig Medikamente ein?

- ja  nein | Wenn ja, welche Medikamente?

Wurden im letzten Jahr Röntgenaufnahmen von Ihren Zähnen angefertigt?

- ja  nein | Wenn ja, in welcher Praxis?

Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?

- ja  nein | Wenn ja, in welcher Woche? \_\_\_\_\_

Mir ist bekannt, dass die gesetzliche Krankenversicherung nur Kosten für solche Behandlungen übernimmt, die ausreichend, wirtschaftlich und zweckmäßig sind. Bei höherwertigen Versorgungsmöglichkeiten werden daher leider auch im Bereich der Zahnerhaltung Mehrkosten fällig, die wir Ihnen vorher natürlich mitteilen.

Um unseren Patienten regelmäßige Kontrolluntersuchungen zu erleichtern, bieten wir die Teilnahme an unserem sogenannten Recall-Service an. Sie werden von uns halbjährlich kontaktiert, um Sie an die Vereinbarung eines Kontrolltermins zu erinnern.

#### Erinnerung

- E-Mail
- Telefon
- Ich wünsche keine Teilnahme an dem Recall-Service

Um Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen und einen reibungslosen Ablauf in unserer Praxis zu gewährleisten, werden Behandlungszeiten in unserer Bestellpraxis ausschließlich für Ihre Behandlung reserviert. Medizinisch notwendige, nicht vorhersehbare Behandlungsmaßnahmen können jedoch dazu führen, dass Termine nicht in jedem Fall exakt eingehalten werden können. Dafür bitten wir um Ihr Verständnis. Sollten Sie verhindert sein, bitten wir Sie dringend, uns rechtzeitig, spätestens 24 Stunden vorher, Ihre Verhinderung anzuzeigen, damit der Termin möglichst anderweitig vergeben werden kann. Anderenfalls behalten wir uns vor, ein Ausfallhonorar von EUR 150,- in Rechnung zu stellen (§304, 615 BGB). Erhalten Sie wegen eines Notfalls (z.B. Schmerzen) einen Notfalltermin, so müssen Sie ggf. mit Wartezeiten rechnen.

Bitte teilen Sie uns jede Änderung der Anschrift, des Gesundheitszustandes sowie von Medikamenteneinnahmen und eine eventuelle Schwangerschaft umgehend mit.

Weiterhin weisen wir darauf hin, dass nach einer Anästhesie die Fähigkeit zum Führen eines Kraftfahrzeuges und / oder das Bedienen von Maschinen eingeschränkt sein kann.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift