

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 zukünftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes mit.

Ärztliche Anamnese: (zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen)

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

Zahnärztliche Anamnese: (zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen)

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

Ort, Datum, Unterschrift Patient