

Dr. med. dent. Andrea Melchheier
Zahnärztin

Dr. med. dent. Katharina Droste
Zahnärztin* | Fachzahnärztin für Oralchirurgie



ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient,

bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen, der dann Ihren persönlichen Unterlagen angefügt wird. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

[IHRE PRAXIS 2STROMLAND](#)

PERSÖNLICHES

Name/Vorname _____ Geburtsdatum _____
Straße/Hausnr. _____ PLZ/Ort _____
Telefon _____ Mobil _____
E-Mail _____ Beruf _____

Krankenkasse/private Krankenversicherung _____

gesetzlich versichert Ja Nein privat versichert Ja Nein

Zahnzusatzversicherung Ja Nein beihilfeberechtigt Ja Nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name/Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße/Hausnr. _____ PLZ/Ort _____

WER IST IHR HAUSARZT?

Name/Vorname _____ PLZ/Ort _____

Straße/Hausnr. _____ Telefon _____

HINWEISE ZUR ORGANISATION

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte sagen Sie diesen mindestens 24 Stunden vorher ab. Dies gibt uns die Möglichkeit, diesen anderweitig zu vergeben.

HINWEISE ZUR VERKEHRSTÜCHTIGKEIT NACH ZAHNÄRZTLICHEN BEHANDLUNGEN

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann. Dies kann sowohl durch die Behandlung selbst als auch durch den Einfluss von Anästhetika hervorgerufen werden. Auf Wunsch rufen wir Ihnen gerne ein Taxi.

IN EIGENER SACHE

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Möchten Sie von uns an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnert werden? Ja Nein

Wenn ja, auf welchem Weg? Post E-Mail Telefon



GESUNDHEITSFragen

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau! Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.

Haben oder hatten Sie...

- | | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|----------------------------|
| hohen Blutdruck | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| niedrigen Blutdruck | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Erkrankungen des Herzens | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| eine Herzklappenentzündung | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| eine künstliche Herzklappe | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| einen Herzschrittmacher | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| eine Angina Pectoris | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| einen Herzinfarkt | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| eine Herz-OP | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| einen angeborenen Herzfehler | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Ist eine Endokarditisprophylaxe erforderlich? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Erkrankungen der Leber | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Blutgerinnungsstörungen | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| erhöhte Blutungsneigung | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| HIV/AIDS | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Tuberkulose | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Hepatitis | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Wenn ja, welcher Typ? | A <input type="checkbox"/> | B <input type="checkbox"/> | C <input type="checkbox"/> |
| Erkrankung der Lunge/COPD/Asthma | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Erkrankungen der Niere | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Erkrankungen des Verdauungstraktes | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Erkrankungen der Schilddrüse | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Diabetes/Zuckerkrankheit | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Wenn ja, insulinpflichtig? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Osteoporose | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Anfallsleiden/Epilepsie | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Nervenerkrankungen | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Depressionen | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Grüner Star/Glaukom | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Rheuma/Arthritis | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Drogenabhängigkeit | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Trockener Alkoholiker | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |

Sonstige Erkrankungen

Ja Nein

Wenn ja, welche: _____

Für unsere Patientinnen

Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein

Wenn ja, in welcher Woche? _____

Allergien/Unverträglichkeiten

Ja Nein

Wenn ja, welche: _____

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Allgemeine Fragen

Knirschen Sie mit den Zähnen? Ja Nein

Fühlen Sie sich psychisch stark belastet? Ja Nein

Rauchen Sie? Ja Nein

Schnarchen Sie? Ja Nein

Medikamente: Nehmen Sie ...

Herzmedikamente Ja Nein

Cortison (Kortikoide) Ja Nein

Schmerzmittel Ja Nein

Antidepressiva Ja Nein

blutverdünnende Medikamente,

z.B. Marcumar®, ASS? Ja Nein

weitere Medikamente? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Krebs und Tumorerkrankungen

Ja Nein

Welche Art: _____

Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie?

Ja Nein

seit: _____

Stehen oder standen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankungen?

Ja Nein

Zeitraum: _____

Nehmen Sie Bisphosphonate ein?

Ja Nein

Zeitraum: _____

Nehmen Sie hochdosierte Steroide/Immunsuppressiva?

Ja Nein

seit: _____

Erfolgten Operationen im Mund-, Kiefer-, Gesichtsbereich?

Ja Nein

Erfolgten im letzten Jahr Röntgenaufnahmen im Mund- oder Kieferbereich?

Ja Nein

Haben oder hatten Sie ein traumatisches Ereignis im Kopfbereich?

Ja Nein

Fragen/Anmerkungen

Ich werde über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung machen.

Olfen, den _____

Unterschrift _____

