

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihr Praxisteam Dr. Schaller

#### Patient

Herr/Frau/Kind

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

#### Mitglied

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

#### Anschrift

Strasse, Nr. \_\_\_\_\_ Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Tel. privat \_\_\_\_\_ e-mail Adresse \_\_\_\_\_

Krankenkasse  
oder Versicherung

\_\_\_\_\_

#### Beruf

Strasse, Nr. \_\_\_\_\_ Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

#### Arbeitgeber

\_\_\_\_\_ Tel. tagsüber \_\_\_\_\_

#### Für Kassenpatienten:

Wir benötigen Ihre Krankenkassenkarte bei jedem Besuch in unserer Praxis. Liegt diese uns auch 14 Tage nach Ihrer Behandlung nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung nach der GOZ.

#### Allgemeines:

Wünschen Sie von uns über neuere oder bessere zahnmedizinische Versorgung informiert zu werden, auch wenn diese von Ihrer Krankenkasse nicht oder lediglich zum Teil übernommen werden?

Ja  Nein

Wünschen Sie von uns über unser intensives Prophylaxeprogramm informiert zu werden?

Ja  Nein

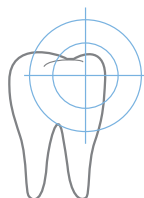
Legen Sie besonderen Wert auf ästhetische Versorgung?

Ja  Nein

Wie sind Sie auf unsere Praxis gekommen?  Empfehlung  Werbung  sonstiges \_\_\_\_\_

Wir sind stets bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, falls Sie verhindert sein sollten, vereinbarte Termine mind. 24 Stunden vorher abzusagen. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenkassen nach der privaten Gebührenordnung (GOZ) in Rechnung zu stellen. Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen – dadurch kann es gelegentlich zu Zeitverzögerungen kommen.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_



Anamnesebogen (1) von \_\_\_\_\_

Name

**Herz-/ Kreislauf:**

- |                       |                             |                               |
|-----------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| hoher Blutdruck       | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| niedriger Blutdruck   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Angina pectoris       | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Herzinfarkt           | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Herzschwäche          | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Herzfehler            | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Herzmuskelentzündung  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Herzklappenentzündung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| künstliche Herzklappe | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Rhythmusstörung       | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Herzschrittmacher     | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| oder _____            | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

**Gefäße:**

- |                        |                             |                               |
|------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Schlaganfall           | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Thrombosen             | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Durchblutungsstörungen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Krampfadern            | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| oder _____             | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

**Blut:**

- |   |   |                             |                               |
|---|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Gerinnungsstörungen                         | <input type="checkbox"/> auch bei Blutsverwandten | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Nachblutungen nach Operationen              |   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| häufiges Nasenbluten                        |   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| blaue Flecken, schon bei leichter Berührung |   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| oder _____                                  |   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

**Leber:**

- |               |                             |                               |
|---------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Fettleber     | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Leberzirrhose | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Gelbsucht     | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Gallensteine  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| oder _____    | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

**Nieren:**

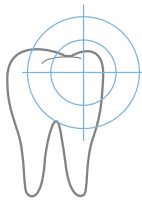
- |                  |                             |                               |
|------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Nierensteine     | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Nierenentzündung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Dialysepflichtig | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| oder _____       | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

**Magen/ Darm:**

- |                     |                             |                               |
|---------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Verdauungsstörungen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Sodbrennen          | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Refluxkrankheiten   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Geschwür            | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| oder _____          | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

**Atemwege/ Lunge:**

- |                       |                             |                               |
|-----------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| chronische Bronchitis | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Lungenentzündung      | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Tuberkulose           | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Asthma                | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| COPD                  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Lungenemphysem        | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Schlafapnoe           | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Schnarchen Sie?       | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| oder _____            | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |



Anamnesebogen (2) von \_\_\_\_\_  
Name

**Augen:**

grüner Star  Ja  Nein  
grauer Starr  Ja  Nein

**Infektionskrankheiten:**

Hepatitis  A  B  C  Ja  Nein  
HIV  Ja  Nein  
oder \_\_\_\_\_  Ja  Nein

**Skelett/ Knochen:**

Osteoporose  Ja  Nein  
Gelenkerkrankungen  Ja  Nein  
künstliche Gelenke  Ja  Nein  
Muskelerkrankungen  Ja  Nein  
Fibromyalgieoder  Ja  Nein  
oder \_\_\_\_\_  Ja  Nein

Werden oder wurden Sie in der Vergangenheit mit Bisphosphonaten behandelt? (z.B.: Zometa®, Aredia®, Bondronat®, Bonviva®, Fosamax®, Actonel®, Skelid®, Ostac®, Bonefos®, Didronel®, Diphos®)  Ja  Nein

Wegen welcher Erkrankung? \_\_\_\_\_

Wann? \_\_\_\_\_

Mit welchem Präparat? \_\_\_\_\_

**Stoffwechsel:**

Diabetes mellitus Typ I  Ja  Nein  
Diabetes mellitus Typ II  Ja  Nein  
Schilddrüsenunterfunktion (Hypothyreose)  Ja  Nein  
Schilddrüsenüberfunktion (Hyperthyreose)  Ja  Nein  
oder \_\_\_\_\_  Ja  Nein

**Nerven/ Gemüt:**

Krampfanfälle (Epilepsie)  Ja  Nein  
Lähmungen  Ja  Nein  
Depressionen  Ja  Nein  
Angstzustände  Ja  Nein  
oder \_\_\_\_\_  Ja  Nein

**Allergien:**

Heuschnupfen, Nahrungsmittel  Ja  Nein  
Jod  Ja  Nein  
Latex (z.B. Gummihandschuhe)  Ja  Nein  
Antibiotika \_\_\_\_\_  Ja  Nein  
Schmerzmittel \_\_\_\_\_  Ja  Nein  
Metalle \_\_\_\_\_  Ja  Nein  
oder \_\_\_\_\_  Ja  Nein  
Allergiepass vorhanden  Ja  Nein

**Andere Erkrankungen oder Behinderungen:**

Tumorerkrankungen \_\_\_\_\_  Ja  Nein  
oder \_\_\_\_\_  Ja  Nein

**Regelmäßige Medikamente:**

Blutdruckmedikamente  Rheumamittel  Antidiabetika \_\_\_\_\_  
 Herzmedikamente  Psychopharmaka  ständige ärztliche Behandlung weshalb?  
 Schmerzmittel  „Antibabypille“ \_\_\_\_\_

**Antibiotika** in den letzten 3 Monaten

**gerinnungshemmende Medikamente** dauerhaft oder in den letzten Tagen z.B.:

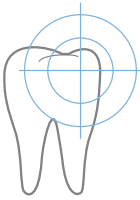
Aspirin®, ASS®

Ticlopidin®

Marcumar®/ Phenprocoumon

Plavix®/ Iscover®/ Clopidogrel

oder \_\_\_\_\_



Anamnesebogen (3) von \_\_\_\_\_  
Name

**Weitere Angaben:**

Sind Sie Schwanger  Ja  Nein

Welche SS Woche \_\_\_\_\_

Rauchen Sie  Ja  Nein

Wie viel durchschnittlich pro Tag \_\_\_\_\_

Haben Sie mit dem Rauchen aufgehört  Ja  Nein

Vor wie vielen Monaten/Jahren \_\_\_\_\_

**Zahnärztliche Informationen:**

letzte zahnärztliche Untersuchung \_\_\_\_\_

ungewöhnliche Reaktionen auf zahnärztliche Behandlungsweisen, z.B. bei

Spritzen

Medikamente

sonstige \_\_\_\_\_

**Auffälligkeiten im Mund- und Zahnbereich:**

temperaturempfindliche Zähne

Zahnfleischbluten

Zahnsperre in der Vergangenheit

häufig durch den Mund atmen

Zahnverlust durch Karies

Zahnverlust durch Zahnlockerung

oder \_\_\_\_\_

Zahnarztbesuch wegen Zahnlockerung/ Zahnfleischbeschwerden

„Parodontose“- Behandlung durchgeführt, wann  
\_\_\_\_\_

Mein Hausarzt ist

\_\_\_\_\_  
Name/ Adresse

Außerdem bin ich derzeit in Behandlung beim Facharzt für

\_\_\_\_\_  
Fachrichtung

\_\_\_\_\_  
Name/ Adresse

Die obigen Angaben entsprechen meinem Kenntnisstand.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_