

# ZAHNÄRZTLICHER ANAMNESEBOGEN

Name: ..... Vorname: .....

(Bitte ausfüllen bzw. zutreffendes ankreuzen!)

- 1.1 Waren Sie in den vergangenen 3 Jahren regelmäßig beim Zahnarzt? Weiß nicht  Ja  Nein
- 1.2 Wann war der letzte Zahnarztbesuch? .....
- 1.3 Was ist der Anlass für den heutigen Zahnarztbesuch? .....
- 1.4 Haben Sie Zahnschmerzen? Ja

- 
- 2.1 Haben Sie Schmerzen in der Kau-/Kiefermuskulatur? Ja  Nein
- 2.2 Haben Sie Schmerzen im Ohrbereich (Kiefergelenke)? Ja  Nein
- 2.3 Beobachten Sie ein Knacken im Bereich der Ohren (Kiefergelenke)? Ja  Nein
- 2.4 Können Sie den Mund ungestört weit öffnen? Ja  Nein
- 2.5 Neigen Sie zu häufigen Kopfschmerzen? Ja  Nein
- 2.6 Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen? Ja  Nein

- 
3. Sind bei Ihnen Zähne entfernt worden? Ja  Nein
- 3.1 Wann sind die Zähne entfernt worden? .....
- 3.2 Warum sind die Zähne entfernt worden? .....

4. Sind bei Ihnen Füllungen vorhanden? Ja  Nein
- 4.1 Wie alt sind die vorhandenen Füllungen? .....
- 4.2 Wie bewerten Sie die Füllungen? .....

- 
5. Ist bei Ihnen Zahnersatz vorhanden? Ja  Nein
- Wenn ja, was? Krone, Brücke
- herausnehmbare Teilprothese
- Totalprothese
- Implantat (künstliche Zahnwurzel)

- 5.1 Wie alt ist der Zahnersatz? .....
- 5.2 Wie bewerten Sie den Zahnersatz? .....
- .....
- .....
- 5.3 Wenn Sie herausnehmbaren Zahnersatz haben, tragen Sie ihn ...  
 immer  nur tagsüber  nur zum Essen  selten oder nie  ?

- 6.1 Sind Sie der Meinung, über die Pflege Ihrer Zähne /  
 Ihres Zahnersatzes ausreichend informiert zu sein? Weiß nicht  Ja  Nein
- 6.2 Benutzen Sie neben der Zahnbürste noch andere Hilfsmittel zur  
 Zahnpflege? Ja  Nein
- Wenn ja, welche? .....
- .....

- 7.1 Haben Sie Zahnfleischbluten? Ja  Nein   
 Wenn ja, wie oft? Selten  Häufig
- 7.2 Beobachten Sie die Lockerung einzelner oder mehrerer Zähne? Ja  Nein
- 7.3 Beobachten Sie ein Zurückweichen des Zahnfleisches an einzel-  
 nen oder mehreren Zähnen? Ja  Nein
- 7.4 Haben Sie freiliegende und / oder empfindliche Zahnhäse? Ja  Nein
- 7.5 Sind Ihnen in der vergangenen Zeit Veränderungen an den Lippen  
 oder den Mundschleimhäuten bzw. der Zunge aufgefallen (auch  
 Schleimhautbrennen)? Ja  Nein
- Wenn ja, welche? .....
- .....

### Anamnese zu Rauchgewohnheiten

- Rauchen Sie? Ja  Nein  Nicht mehr  (seit ..... Jahren)
- Wenn ja: Seit wie vielen Jahren? .....
- Was rauchen Sie? .....
- Wie viel rauchen Sie pro Tag? .....

**Bitte fragen Sie, wenn der Anamnesebogen eventuelle Unklarheiten enthält.**

Alle Angaben sind vollständig und wahrheitsgemäß zu erteilen; sie sind für eine vertrauensvolle Zusammenar-  
 beit wie auch für eine sachgerechte medizinische Behandlung erforderlich. Ihre Angaben werden streng vertrau-  
 lich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß § 203 des Strafgesetzbuches sowie den  
 strengen Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes.

Ort/Datum: .....Unterschrift des Patienten: .....

## Erhebungsbogen über vorhandene Erkrankungen

Auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deshalb bitte ich Sie um das Ausfüllen dieses Erhebungsbogens. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Bitte beachten Sie, dass diese Angaben auf das Strengste der ärztlichen Schweigepflicht in unserer Praxis unterliegen. Sie dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Zum Teil sind sie gesetzlich vorgeschrieben.

Ihre Angaben werden von uns ggf. elektronisch gespeichert; sie unterliegen den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Bitte geben Sie zwecks korrekter Zuordnung noch einmal Ihren Namen an:

---

Name	Vorname	Geb.-datum
------	---------	------------

Bitte ausfüllen oder ankreuzen  
Ja    Nein

Stehen Sie in ärztlicher Behandlung?    

Behandelnder Arzt: .....

Wegen welcher/n Krankheit/en werden oder wurden Sie behandelt:

**Herzerkrankungen:**

Herzschwäche (Insuffizienz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzasthma, Angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Kreislauferkrankungen:**

zu hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zu niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zustand nach Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einnahme gerinnungshemmender Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Stoffwechselerkrankungen:**

Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen-Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Erkrankungen des Nervensystems:**

epileptiforme Anfälle / Krämpfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---------------------------------	--------------------------	--------------------------

**Bluterkrankungen:**

Blutungsneigungen (Hämophilie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutarmut (Anämie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Allergien:**

Ekzeme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penicillin-Überempfindlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besitzen Sie einen Allergiepass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Überempfindlichkeit gegen: .....

**Infektionskrankheiten:**

Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A, B oder C)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
chronische Erkrankungen der Atemwege - Husten o. ä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Immunsystem:**

Leiden Sie unter Erkrankungen des Immunsystems?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

**Sonstige Erkrankungen:**

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit: .....

**Weitere Angaben:**

Sind oder waren Sie drogenabhängig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie frisch operiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wann wurden Sie zuletzt geröntgt? .....		
Sind Sie schwanger? (Welcher Monat? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

Datum / Unterschrift

**Vielen Dank für Ihre Angaben.**