

## Anamnesebogen für Neupatienten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bevor wir Sie zahnmedizinisch untersuchen und betreuen können, benötigen wir einige Informationen von Ihnen. Krankheiten jeglicher Art können Auswirkung auf die zahnärztliche Behandlung haben, daher sind die nachstehenden Fragen mit Sorgfalt zu beantworten. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der Schweigepflicht. Sollten Schwierigkeiten oder Fragen bei der Beantwortung auftreten, so stehen wir Ihnen gerne helfend zur Verfügung.

### Angaben zum Patienten / zur Patientin:

---

Nachname	Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
----------	---------	--------------	------------

---

Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Wohnort

---

Festnetznummer	Mobilnummer	E-Mail
----------------	-------------	--------

### Angaben zum Mitglied / Zahlungspflichtigen:

---

Nachname	Vorname	Geburtsdatum
----------	---------	--------------

---

Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Wohnort

---

Festnetznummer	Mobilnummer	E-Mail
----------------	-------------	--------

---

Beruf	Arbeitgeber
-------	-------------

---

Festnetznummer an Ihrem Arbeitsplatz

---

Versichert bei

Gesetzlich                       Privat                       Zusatzversichert

Ich möchte, dass mir eine SMS zur Terminerinnerung gesendet wird

Ich bin damit Einverstanden, dass mir eine Geburtstagskarte zugesendet wird

**Fragen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand:**

1. Leiden oder litten Sie unter einer oder mehreren der folgenden Erkrankungen?

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asthma                       | <input type="checkbox"/> Augenerkrankungen                                      | <input type="checkbox"/> Bluterkrankungen      |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus (Typ I/II) | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen                               | <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen     |
| <input type="checkbox"/> Rheuma                       | <input type="checkbox"/> Infektionserkrankungen (HIV, TBC, Hepatitis etc.)      |  |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose                  | <input type="checkbox"/> Neurologische Erkrankungen (Lähmungen, Epilepsie etc.) |  |
| <input type="checkbox"/> Tinnitus                     | <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen                                       | <input type="checkbox"/> Psychische Erkrankung |
| <input type="checkbox"/> ADHS/ADS                     | <input type="checkbox"/> Angstzuständen   | <input type="checkbox"/> Pflegegradstufe       |

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Sonstige Erkrankungen: \_\_\_\_\_

2. Ist Ihr Blutdruck?  Normal  Niedrig  Hoch

3. Haben Sie einen Herzschrittmacher?  Ja  Nein

4. Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente wie ASS, Marcumar, Xarelto etc. ein?

Ja, ich nehme \_\_\_\_\_  Nein

5. Sind Ihnen allergische Reaktionen/ Unverträglichkeiten bekannt?

Ja, auf \_\_\_\_\_  Nein

Allergiepass vorhanden?  Ja  Nein

6. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  Ja  Nein

Wenn ja, welche Medikamente? \_\_\_\_\_

7. Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?  Ja  Nein

Wenn ja, warum? \_\_\_\_\_

8. Liegt eine Einschränkung vor?  Sehkraft  Gehör  Nein

9. Rauchen Sie?  Ja, \_\_\_\_\_ Zigaretten am Tag, seit \_\_\_\_\_ Jahren  Nein

10. Besitzen Sie einen Röntgenpass?  Ja  Nein

11. Für Frauen:

Besteht eine Schwangerschaft?  Ja, seit: \_\_\_\_\_ Wochen  Nein

### **Fragen zu Ihrer Zahngesundheit:**

1. Wann fand die letzte zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung statt? \_\_\_\_\_

2. Hat bereits eine zahnärztliche Röntgenuntersuchung stattgefunden?

Ja, am: \_\_\_\_\_ bei: \_\_\_\_\_  nein

3. Wann fand die letzte professionelle Zahnreinigung statt? \_\_\_\_\_

4. Welche zahnmedizinischen Behandlungen wurden bereits bei Ihnen durchgeführt?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Haben Sie akute Beschwerden an den Zähnen?  Ja  Nein

6. Befinden oder befanden Sie sich in kieferorthopädischer Behandlung? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. Wurden Ihre Weisheitszähne bereits entfernt?  Ja  Nein

8. Neigen Sie zu Zahnfleischblutungen?  Ja  Nein

9. Wie oft putzen Sie Ihre Zähne?  1x täglich  2x täglich  3x täglich

10. Womit putzen Sie Ihre Zähne?  Handzahnbürste  Elektrische Zahnbürste

11. Verwenden Sie Zahnseide oder eine Zahnzwischenraumbürste zur Reinigung Ihrer Zähne?

Ja  Täglich  Gelegentlich  Selten  Nie

### **Fragen zu Ihrer Ernährung:**

1. Ich esse:  Viel  Normal  Unkontrolliert  Wenig

2. Ich esse überwiegend:

Süß  Gemüse  Obst  Fast Food  Gemischt

3. Ich trinke überwiegend:

Wasser  Tee/Kaffee  Säfte  Softdrinks  Milch

4. Konsumieren Sie Alkohol?

Täglich  Gelegentlich  Selten  Nie

**Sonstiges:**

1. Welche Behandlung wünschen Sie? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Sollen wir bei Ihrer Behandlung auf etwas besonderes achten? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Wie sind Sie auf die Forumklinik Dr. Tegmeier & Partner aufmerksam geworden?

\_\_\_\_\_

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**

Bitte teilen Sie uns mit, wenn sich etwas in Ihrer Anamnese ändert.

Wir sind immer bemüht Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sein sollten.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtig- und Vollständigkeit meiner Angaben.

---

Datum

Ort

Unterschrift des Patienten