



## Anamnese

### Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um Ihnen eine, für Sie optimale Behandlung bieten zu können, benötigen wir einige aktuelle allgemein- und zahnmedizinische Angaben von Ihnen. Wir bitten Sie daher sich einige Minuten Zeit zu nehmen um die unten genannten Fragen sorgfältig zu beantworten. Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht, welcher auch unsere Mitarbeiterinnen unterworfen sind. Wir danken Ihnen für Ihre Mithilfe

Patient: Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Telefon, Fax

### Allgemeinmedizinische Anamnese

Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

( Bitte Zutreffendes ankreuzen)

- Allergie, welche? \_\_\_\_\_
  - Ich besitze einen Allergiepass
- Blutgerinnungsstörungen, welche? \_\_\_\_\_
- Anfallsleiden – Epilepsie
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen
  - Herzinsuffizienz/-schwäche
  - Angina pectoris
  - Herzinfarkt
  - Herzrhythmusstörungen
  - Erhöhter Blutdruck
  - Herzklappenerkrankung
  - Herzschrittmacher
  - Endokarditis
  - Durchblutungsstörungen
  - Verminderter Blutdruck
- Atemwegserkrankungen
  - Asthma
  - Bronchitis
  - Tuberkulose
- Stoffwechselerkrankungen
  - Diabetes, welcher Typ \_\_\_\_\_
  - Schilddrüsenerkrankungen, welche? \_\_\_\_\_



- Infektionskrankheiten
  - Hepatitis
  - Pilzinfektion
  - Sonstige Infektionserkrankungen \_\_\_\_\_
- Lebererkrankungen
- Nierenerkrankungen
- Magen-Darm-Erkrankungen
- Rheumatische Erkrankungen
- Osteoporose
- Erkrankungen des Bewegungsapparates
  - Wirbelsäule
  - Gelenke
  - Muskulatur
- Tumorerkrankungen
- Sonstige Erkrankungen, welche? \_\_\_\_\_

Besteht bei Ihnen z.Zt. eine Schwangerschaft?      Ja         Nein     
Wenn ja, in welcher Schwangerschaftswoche befinden Sie sich? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?      Ja         Nein     
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Befinden Sie sich zur Zeit in ärztlicher Behandlung      Ja         Nein     
Wenn ja, bitte Name, Anschrift und Telefonnummer des Arztes angeben:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Zahnärztliche Anamnese

Was ist die Ursache Ihres Zahnarztbesuches? \_\_\_\_\_

Leiden Sie häufig unter Kopf - und/oder Nackenschmerzen?      ja         nein  

Haben oder hatten Sie jemals Probleme bei der  
Mundöffnung?      ja         nein     
Bewegung des Unterkiefers?      ja         nein



Haben Sie schon einmal Geräusche des Kiefergelenkes bei  
Bewegungen des Unterkiefers wahrgenommen? ja  nein

Wenn ja welche? \_\_\_\_\_

Wurden oder werden Sie kieferorthopädisch behandelt? ja  nein

Haben oder hatten Sie Probleme mit dem Zahnfleisch? ja  nein

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

Haben sich in jüngster Zeit Zähne gelockert oder  
Ihre Stellung geändert? ja  nein

Haben Sie manchmal einen schlechten Geschmack im Mund,  
oder leiden Sie unter Mundgeruch ja  nein

Ist bei Ihnen bereits eine „Parodontose – Behandlung“ erfolgt? ja  nein

Sind Ihre Zähne übermäßig warm/kalt – empfindlich? Ja  nein

Benutzen Sie außer Zahnbürste und Zahnpasta andere  
Mundhygiene-Mittel? ja  nein

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

Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden ja  nein

wenn nein, warum nicht? Farbe  Form  Stellung

Wurden Ihre Zähne innerhalb der letzten 12 Monate geröntgt? ja  nein

wenn ja, wann? \_\_\_\_\_ durch wen? \_\_\_\_\_

Nach einer örtlichen Betäubung kann das Reaktionsvermögen eingeschränkt sein, eine aktive Teilnahme am  
Straßenverkehr, sowie das Bedienen von Maschinen unmittelbar nach der Behandlung sollte unterbleiben.

Bonn, den \_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift

Wir danken Ihnen nochmals für Ihre Mithilfe

Ihr Team der **Praxis für Zahnheilkunde**

**Dr. Hendrik & Uschi van der Straeten**

© Dr. van der Straeten 2011