



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 derzeit 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!