



## Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Bevor wir mit der Behandlung beginnen, bitten wir Sie folgenden Anamnesebogen sorgfältig zu beantworten. Verschiedenste Krankheiten können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben, deshalb müssen wir bestmöglich über Ihren Gesundheitszustand informiert sein. Alle gemachten Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung speziell auf Sie abzustimmen. Sollten Sie Schwierigkeiten bei der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

<b>Herr/Frau</b>		
Name	Vorname	geb. am
_____		
Straße	Postleitzahl/Ort	Tel.
_____		
Beruf	Hausarzt	Emailadresse
_____		

- |                                                                                    | Ja                       | Nein                     |
|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Besteht eine Zahnzusatzversicherung?                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Führen Sie bereits ein <b>Bonusheft</b> ?                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sind Sie einem <b>Pflegegrad</b> zugeordnet oder erhalten Sie Eingliederungshilfe? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

<b>Zahnärztliche Fragen</b>			
	Ja	Nein	
- Haben Sie aktuell Beschwerden/Schmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Bestehen Kiefergelenksprobleme (Schmerzen/Knacken)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Haben Sie gelegentlich Zahnfleischbluten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Haben Sie Angst vor dem Zahnarztbesuch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch?	_____		
- Wünschen Sie bei der zahnärztlichen Behandlung gegebenenfalls eine Lokalanästhesie (örtliche Betäubung/Spritze)?	<b>falls unbedingt notwendig</b>	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Die Lokalanästhesie dient der lokalen Schmerzausschaltung. Obwohl sie ein sehr sicheres Verfahren ist, sind Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten nicht immer vermeidbar. Primär kann es an der Einstichstelle durch die Verletzung kleiner Blutgefäße zu Einblutungen (Blutergüssen) kommen. Desweiteren können in sehr seltenen Fällen Irritationen oder auch in Ausnahmefällen Schädigungen von Nervenfasern auftreten, die zu vorübergehenden oder äußerst selten auch dauerhaften Gefühlsstörungen im Bereich der Zunge, der Lippe oder der Schleimhaut führen können. Dies betrifft vor allem den Unterkiefer.</p> <p>Sollte das Taubheitsgefühl nicht nach maximal 12 Stunden vollständig abgeklungen sein, informieren Sie uns bitte. Bitte denken Sie auch daran, dass Ihre Reaktionsfähigkeit nach einer Betäubung eingeschränkt sein kann (Vorsicht im Straßenverkehr, beim Bedienen von Maschienen, etc.)</p>			
Die Aufklärung habe ich gelesen und verstanden:			
Datum		Unterschrift	

**bitte wenden!**

**Besteht bzw. bestand eine der folgenden Erkrankungen?**

	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
1. Allergien (Medikamente, Materialien, Heuschnupfen...) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Atemwegserkrankungen (Asthma, Tuberkulose...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Blutgerinnungsstörung/ Gerinnungshemmer (ASS, Marcumar...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Herz – Kreislaufferkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ Herzinsuffizienz, Durchblutungsstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ Herzinfarkt, Schlaganfall?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ Herzfehler? Herzklappenerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ Herzschrittmacher, Herzrhythmusstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Anfallsleiden (Epilepsie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, Aids...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Grüner Star?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Knochenerkrankungen (Osteoporose, Rheuma...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Nehmen Sie Bisphosphonate (Med. bei Osteoporose)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Tumorerkrankungen (welche)? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. sonstige Erkrankungen (welche)? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Weitere Fragen:**

1. Gab es bereits Operationen im Mund-/Kiefer-/Gesichtsbereich (welche) oder sonstige Operationen in den letzten zwei Jahren? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Nehmen Sie Medikamente (welche)? _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Besteht eine Schwangerschaft (wenn ja, welcher Monat)? ____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Befinden Sie sich in ärztlicher Behandlung (weswegen und bei wem)? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Möchten Sie per Email  oder telefonisch  an Ihre Vorsorge/Zahnreinigung erinnert werden?**

halbjährlich

jährlich

nein

Ich bin heute zur zahnärztlichen Behandlung durch Dr. Haacke/Dr. Haiduk in deren Sprechstunde erschienen. Einer Einsichtnahme in meine bisher durch Dr. Faltus geführten Patientenunterlagen durch Dr. Haacke/Dr. Haiduk stimme ich ausdrücklich zu.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigter

Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben:

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Die angefügte Datenschutzerklärung habe ich gelesen und bin damit einverstanden.**

Datum/Unterschrift: \_\_\_\_\_