



dr marko reiter  
praxis für zahnheilkunde

## Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis! Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand, denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte beantworten Sie daher alle folgenden Fragen gewissenhaft, damit wir Ihnen bei der Behandlung die bestmögliche medizinische Betreuung zukommen lassen können.

## Personalien

	Patient	Versicherter
Name, Vorname	.....	.....
Geburtsdatum	.....	.....
Straße, Wohnort	.....	.....
Telefon	.....	.....
E-Mail	.....	.....
Beruf	.....	.....
Krankenkasse	.....	.....

Pflichtversichert     freiwillig versichert     privat versichert

# Allgemeine Anamnese

## Herz-Kreislauf-Erkrankungen

- hoher Blutdruck (Hypertonie)
- niedriger Blutdruck (Hypotonie)
- Herzklappenerkrankung bzw. künstliche Herzklappe
- Koronare Herzkrankheit / Angina Pectoris
- Herzinfarkt
- Herzrhythmusstörungen
- Herzschrittmacher

## Infektionserkrankungen

- Hepatitis A/B/C (Gelbsucht)
- Tuberkulose
- HIV+ bzw. AIDS
- Andere: .....

## Allergien/Unverträglichkeiten (ggf. Allergiepass?)

- lokale Betäubungsmittel
- Schmerzmittel
- Antibiotika
- Andere: .....

## Weitere Erkrankungen

- Diabetes
- Gelenkerkrankungen (Rheuma)
- Bluterkrankungen (Blutungsneigung, Blutarmut)
- Lunge (Asthma etc.)
- Leber
- Niere
- Schilddrüse
- Magen-Darm-Trakt
- Migräne
- Osteoporose
- Epilepsie
- Grüner Star
- Tumorerkrankungen (Chemotherapie, Bestrahlung)
- Frühere Operationen

Wann und wo wurden Sie zuletzt im Kopfbereich (also an den Zähnen, an den Nebenhöhlen etc.)

geröntgt? .....

Sind Sie zur Zeit schwanger?  ja  nein In welchem Monat? .....

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?  ja  nein  
Wo? .....

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  ja  nein  
Welche? .....

Leiden Sie an anderen Erkrankungen?  ja  nein  
Welchen? .....

Rauchen Sie?  ja  nein Wieviel? .....

Trinken Sie mehrmals pro Woche Alkohol?  ja  nein  
Wieviel? .....

## Zahnärztliche Anamnese

Haben Sie Zahnschmerzen?  ja  nein

Haben Sie Beschwerden beim Kauen?  ja  nein

Ist irgendein Zahn besonders empfindlich?  ja  nein

Hatten Sie eine kieferorthopädische Behandlung?  ja  nein

Stört ein Zahn beim Schließen, Kauen oder Schlucken?  ja  nein

Knirschen Sie mit den Zähnen?  ja  nein

Schmerzt es bei weiter Mundöffnung, großem Biss oder beim Gähnen?  ja  nein

Haben Sie Schmerzen im Kiefergelenk oder im Ohrbereich?  ja  nein

Beobachten Sie ein Knacken im Bereich der Kiefergelenke?  ja  nein

Bestehen häufig Hals- oder Nackenverspannungen?  ja  nein

Haben Sie Zahnfleischprobleme?  ja  nein

Haben Sie Angst vor der Behandlung?  ja  nein

Wünschen Sie von uns über neue und bessere zahnmedizinische Behandlungsmethoden informiert zu werden, auch wenn diese Leistungen von den Krankenkassen nicht oder nur teilweise übernommen werden?  ja  nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? .....

.....

Datum

.....

Unterschrift