

ALLGEMEINER ANAMNESEBOGEN

Für eine erfolgreiche, ganzheitliche Zahnbehandlung entsprechend Ihres Gesundheitszustandes bitten wir Sie um Ihre Angaben, die selbstverständlich der absoluten Schweigepflicht unterliegen. Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

- Vorname: ■ Name: ■ geb. am:
- Versicherte/r:
- Anschrift:
- Beruf: ■ beschäftigt bei:
- Telefon privat: ■ Telefon geschäftlich:
- Mobil: ■ E-Mail:
- Krankenkasse: ■ zusätzlich versichert: ja nein
- Beihilfeberechtigt: ja nein ■ Schwangerschaft: ja (Monat) nein
- Infektionskrankheiten (wie Hepatitis, Tbc, MRSA, Aids):
- Medikamente, die regelmäßig eingenommen werden:
- Bitte um Mengenangabe des täglichen Konsums von:
 - Zigaretten: Gläsern Alkohol: Tassen Kaffee: Süßigkeiten:
- Empfohlen bzw. überwiesen oder aufmerksam geworden durch:

Spezielle medizinische Anamnese

Der Zusammenhang zwischen Zähnen und Körper ist vielfältig. Daher informieren Sie uns bitte über das Vorkommen folgender Allgemeinerkrankungen:

- Häufige Infekte:
- Herz- und/oder Kreislaufbeschwerden:
- Atemwegserkrankungen:
- Beschwerden mit Verdauungsorganen, Nieren, Unterleib:
- Stoffwechselerkrankungen (Diabetes oder andere):
- Allergien:
- Erkrankungen des Nervensystems:
- Psychische Belastungen (auch Therapie):
- Chronische Erkrankungen:
- Hormonelle Krankheiten (z.B. der Schilddrüse):
- Sonstige Beschwerden oder weitere Auffälligkeiten:
- Überempfindlichkeit auf Arznei- oder Nahrungsmittel:
- Fremdmaterialien im Körper (wie künstl. Gelenke, Herzklappen, Schrauben, Platten):

Zahnärztliche Anamnese

- Welche besonderen Anliegen führen Sie in unsere Praxis?
- Legen Sie Wert auf schöne Zähne und gesundes Zahnfleisch?
- Haben Sie irgendwann, wenn Sie kauen, Beschwerden?
- Haben Sie Zahnfleischbluten oder -rückgang?
- Machen Ihre Kiefergelenke Geräusche? Auf welcher Seite?
- Müssen Sie einen Platz suchen, um Ihre Zähne richtig zu schließen?
- Haben Sie manchmal Beschwerden vor, hinter oder in Ihrem Ohr?
- Leiden Sie an Kopfschmerzen? Morgens, mittags, abends?
- Spüren Sie Verkrampfungen oder ein Ziehen in Kopf, Nacken oder Hals?
- Hatten Sie jemals nach einem Unfall Beschwerden im Kopf oder Nacken?
- Haben Sie manchmal das Gefühl von Trockenheit oder Brennen im Mund?
- Hatten Sie jemals eine Zahnsperre oder eine Einschleifbehandlung?
- Schnarchen Sie?
- Beeinflussen die angeführten Beschwerden Ihr Wohlbefinden oder Ihre Schaffenskraft?
- Wann war Ihre letzte Zahnbehandlung? Was wurde gemacht?
- Wann wurden Sie zuletzt im Mund-Kiefer-Bereich geröntgt?
- Wünschen Sie eventuell eine Behandlung auf biologischer Basis?
- Möchten Sie die Zahnersatzmaterialien/Medikamente zuvor auf Unverträglichkeit testen lassen?

Allgemeine Hinweise:

Ich erteile hiermit die Erlaubnis, meine Behandlung fotografisch zu dokumentieren. Die Fotografie(n) dienen dazu, den Heilungsverlauf genauer beobachten zu können. Die Bilder werden in meiner Krankenakte archiviert und können auch anonym für Falldarstellungen im Rahmen von Studien herangezogen werden.

Datum	Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten
Aktualisiert: Datum	Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten
Aktualisiert: Datum	Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten
Aktualisiert: Datum	Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten

Gibt es abschließend noch etwas, das Sie uns mitteilen möchten?

.....

.....

.....

.....