

Anamnesebogen

Fragebogen zur Erhebung Ihrer medizinischen und zahnärztlichen Vorgeschichte

Patientendaten

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Größe (in cm): _____ Gewicht (in kg): _____

Hauptversicherter/Rechnungsempfänger

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße und Hausnummer: _____ Postleitzahl und Ort: _____

Hausärzte und Überweiser

Hausarzt: _____ Straße und Hausnummer: _____ Postleitzahl und Ort: _____

Hauszahnarzt: _____ Straße und Hausnummer: _____ Postleitzahl und Ort: _____

Überweisungsarzt: _____ Straße und Hausnummer: _____ Postleitzahl und Ort: _____

A. Allgemeinmedizinische Anamnese

	Ja	Nein
Nehmen Sie zur Zeit regelmäßig Medikamente ein? <u>Welche?</u> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Welche?</u> _____		
Haben Sie eine Blutgerinnungsstörung? <u>Welche?</u> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie jemals eine ungewöhnliche Reaktion auf Spritzen oder Medikamente (z.B. Penicillin, Jod, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Asthma, Heuschnupfen oder Allergien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? <u>Hier antworten...</u> _____		
Haben Sie ein Glaukom (erhöhter Augeninnendruck)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter syndromalen Erkrankungen (z. B. Trisomien,...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Herz-Kreislauf-Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Herzfehler?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Bluthochdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Niedriger Blutdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Herzklappenersatz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie rheumatisches Fieber, akutes Rheuma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter rheumatischen Erkrankungen, Gelenkerkrankungen, Gelenkersatz in den letzten 6 Monaten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Lebererkrankungen (Gelbsucht)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Diabetes (Zuckerkrankheit)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum: _____

Unterschrift Patient/in: _____

A. Allgemeinmedizinische Anamnese (Fortsetzung)

	Ja	Nein
Wenn ja, wie hoch ist Ihr HbA1c-Wert? <u>Hier antworten...</u>		
Leiden Sie unter Atemwegserkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Nierenerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter infektiösen Erkrankungen (Tuberkulose, Herpes, Hepatitis, AIDS, Geschlechtskrankung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter einer neurologischen Erkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Gehstörungen/Lähmungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Krampfleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Parkinson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Gefühlsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Polyneuropathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Tumorerkrankungen (Bestrahlungen, Chemotherapien)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie eine Organtransplantation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegt bei Ihnen eine Immunsuppression vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Osteoporose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls ja, bekommen Sie hierzu Medikamente (z.B. Infusionen/Spritzen)? <u>Hier antworten...</u>		
Rauchen Sie/ haben Sie mal geraucht? <u>z.B. 10 Stk/Tag seit 5 Jahren</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter anderen Suchterkrankungen? <u>Wenn ja, welche?</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter psychischen Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft? <u>Welche Woche?</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stillen Sie momentan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Schlafapnoe und/oder Schnarchen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht eine Schilddrüsenerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie schon einmal eine Thrombose oder andere Gefäßerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. Zahnärztliche Anamnese

	Ja	Nein
Würden Sie sich als Angstpatient bezeichnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Beschwerden an den Zähnen? <u>Wo?</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Beschwerden am Zahnfleisch? <u>Wo?</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alter des OK-Zahnersatzes: ca. Jahre <u>Hier antworten...</u>		

Datum: _____

Unterschrift Patient/in: _____

B. Zahnärztliche Anamnese (Fortsetzung)

	Ja	Nein
Alter des UK-Zahnersatzes: ca. Jahre <u>Hier antworten...</u>		
Ist Ihre Kaufähigkeit beeinträchtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empfinden Sie das Aussehen Ihrer Zähne als Problem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie einmal wöchentlich oder häufiger Schmerzen:		
• im Schläfen- oder Gesichtsbereich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• im Kiefer oder Kiefergelenk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• bei Kieferöffnung oder beim Kauen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Schwierigkeiten oder Blockierungen bei der Kieferöffnung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter chronischen Kopf-, Hals- oder Schulterschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter:		
• Mund- oder Zungenbrennen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Mundtrockenheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Zahnfleischproblemen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Würgereiz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Mundgeruch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Sie im vergangenen Jahr in zahnärztlicher Behandlung? <u>Hauszahnarzt:</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommen Sie:		
• zur Beratung oder Kontrolle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• zur Notfallbehandlung oder Reparatur des Zahnersatzes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• zur umfassenden zahnärztlichen Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• durch Überweisung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es Besonderheiten beim Zustand der Zähne?		
• lockere Zähne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Zahnspange	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Prothese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Brücke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Krone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Implantat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Retainer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Parodontitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• und/oder: <u>Hier antworten...</u>		
Haben Sie häufig Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Schmerzen im Kiefergelenk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Mundgeruch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde schon einmal im Kopfbereich geröntgt? <u>Wenn ja, nähere Angaben</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie einen Röntgenpass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum: _____

Unterschrift Patient/in: _____