

Anamnesebogen



ZAHNÄRZTE IM
HUNDERTWASSERHAUS

 info@beiter-keck.de

 +49 7153 / 27 313

Patient:

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Mitglied/Versicherter:

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Anschrift:

Straße, Hausnr.

PLZ/Ort

Kontakt:

Telefon

E-Mail

Beruf/Arbeitgeber:

Name Krankenkasse:

Hausarzt:

Bitte zutreffendes ankreuzen:

Leiden Sie unter:

- Allergien
- Herzerkrankung
- Hoher/niedriger Blutdruck
- Blutgerinnungsstörungen
- Infektionskrankheiten: Hepatitis/TBC/HIV
- Zuckerkrankheit (Diabetes)
- Asthma
- Epilepsie
- Rauchen Sie?
- Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig?
- Sind Sie schwanger?
- Nehmen Sie Bisphosphonate?

Sonstige Erkrankungen:

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit?

Welches besondere Anliegen führt Sie zu uns?

Bei wem dürfen wir uns bedanken, dass sie/er Ihnen unsere Praxis empfohlen hat?

Patientenerklärung

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten, sowie die Kontaktaufnahme für Termine und allgemeine Kommunikation stimme ich zu. Änderungen meines Gesundheitszustandes teile ich umgehend mit. Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 24h im Voraus abzusagen. Andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden. Fotos und Röntgenbilder dürfen anonymisiert verwendet werden.



ZAHNÄRZTE IM
HUNDERTWASSERHAUS

 info@beiter-keck.de

 +49 7153 / 27 313

Zahnmedizinische Vorgeschichte

Datum der letzten zahnärztlichen Untersuchung: _____

Haben Sie regelmäßig eine professionelle Zahnreinigung erhalten? ja nein

Wie schätzen Sie den Zustand Ihres Mundes ein? gut mittelmäßig schlecht

Persönliche Vorgeschichte

	ja	nein
Haben Sie Angst vor der zahnärztlichen Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie in der Vergangenheit jemals Probleme nach einer zahnärztlichen Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie jemals eine Zahnspange, eine kieferorthopädische Behandlung oder wurde ihr Biss korrigiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Ihnen bereits Zähne entfernt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zahnfleisch

	ja	nein
Blutet Ihr Zahnfleisch beim Zähneputzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Sie jemals wegen Parodontitis behandelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie jemals einen unangenehmen Geschmack oder Geruch in Ihrem Mund festgestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist bei Ihnen jemals das Zahnfleisch zurückgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben sich Zähne je von selbst gelockert oder haben Sie Probleme, wenn Sie in einen Apfel beißen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben sich zwischen einzelnen Zähnen Lücken gebildet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zahnschmerz

	ja	nein
Hatten Sie in den letzten drei Jahren Karies?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommt Ihnen die Speichelmenge im Mund zu gering vor oder haben Sie Probleme beim Schlucken der Nahrung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reagieren manche Zähne empfindlich auf heiß, kalt, beißen, Süßes oder vermeiden Sie es, einen Teil Ihres Mundes zu putzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Rillen oder Kerben in der Nähe des Zahnfleischrandes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie jemals Zahnschmerzen, eine gerissene Füllung, einen gebrochenen, abgesplitterten oder gesprungenen Zahn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bleiben Ihnen Speisen zwischen den Zähnen hängen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Biss und Kiefergelenk

	ja	nein
Haben Sie Probleme mit Ihrem Kiefergelenk? (Schmerzen, Geräusche, begrenzte Öffnung, Sperre, Knacken)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben sich Ihre Zähne in den letzten 5 Jahren verändert, sind sie kürzer oder dünner geworden oder haben sie sich abgenutzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pressen Sie Ihre Zähne tagsüber aufeinander?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Schlafprobleme oder wachen Sie mit einem Spannungsgefühl im Kopfbereich auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragen Sie eine Knirscherschiene oder haben Sie jemals eine getragen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ästhetik

	ja	nein
Ist Ihnen das Aussehen Ihrer Zähne unangenehm oder fühlen Sie sich dadurch gehemmt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Ihre Zähne schon einmal aufgehellt (gebleicht)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Sie mit dem Aussehen einer zahnmedizinischen Restauration schon einmal enttäuscht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es irgendetwas am Aussehen Ihrer Zähne, das Sie gerne ändern möchten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Plochingen, den _____

Unterschrift _____