



Vielen Dank für ihr Vertrauen. Bitte füllen sie diesen Anamnesebogen sorgfältig aus. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und helfen uns, ihre Behandlung sicher und individuell zu gestalten.

PATIENTENDATEN

Name:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon:

E-Mail:

Beruf:

Krankenkasse:

gesetzlich privat Beihilfe

GESUNDHEITSTATUS

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

- Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Neigung zu Ohnmacht
- Herzklappenersatz /Endokarditis-Risiko
- Herzschrittmacher
- Schlaganfall (wann: _____)
- Herzinfarkt (wann: _____)
- Bluthochdruck
- Niedriger Blutdruck
- Diabetes
- Schilddrüsenerkrankung
- Asthma / Lungenerkrankung
- Nierenerkrankung
- Lebererkrankung (z.B. Hepatitis)
- Blutgerinnungsstörung
- Osteoporose /Bisphosphonate
- Rheuma
- Epilepsie
- Infektionserkrankungen (HIV, Hepatitis, etc.)
- Krebstherapie (Bereich: _____)
Bestrahlung/Chemo (wann: _____)
- Sonstige: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

nein ja → welche:

Nehmen Sie Blutgerinnungshemmer ?
(z.B. Marcumar, Asperin (ASS), Clopidogrel (Plavix), Eliquis, Xarelto, Lixiana, Pradaxa, Heparin)?

nein ja

Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten?

nein ja → welche:

Besteht eine Schwangerschaft?

nein ja → Monat: _____

ZAHNMEDIZINISCHE ANAMNESE

Haben oder hatten Sie:

- Zahnfleischbluten
- Parodontitis
- Mundgeruch
- Empfindliche Zähne
- Knirschen / Pressen
- Kiefergelenkbeschwerden
- Häufig Schmerzen im Kopf-/Nackebereich

Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch?

Wurden Sie bereits parodontal behandelt?

nein ja

Tragen Sie Zahnersatz?

nein ja

Sind Sie mit der Ästhetik Ihrer Zähne zufrieden?

ja nein



BEHANDLUNGSWÜNSCHE

- Kontrolle
- Schmerzbehandlung
- Professionelle Zahnreinigung
- Bleaching
- Ästhetische Zahnheilkunde
- Implantate
- Parodontitis Behandlung
- Sonstiges: _____

BESONDERHEITEN

Was sollten wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?

Haben Sie Angst vor der Behandlung?

- nein ja

Starker Würgereiz?

- nein ja

DATENSCHUTZ & EINWILLIGUNG

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben und erkläre mich mit der Verarbeitung meiner Daten gemäß DSGVO einverstanden.

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung.

- ja

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

PROPHYLAXE & LEBENSSTIL

Rauchen Sie?

- nein ja → Anzahl/Tag: _____

Weitere Nikotin/Tabakkonsum

- Pfeife
- Zigarillos / Zigarren
- Shisha
- E-Zigaretten / Vapes
- IQOS
- Snus
- Pouches
- Schnupftabak

Nikotin-Ersatzprodukte

- Nikotinkaugummi
- Nikotinpflaster
- Lutschtabletten / Sprays

Wie oft putzen Sie Ihre Zähne?

- 1x 2x 3x

Nutzen Sie:

- Zahnseide
- Interdentalbürsten
- Mundspülung
- Munddusche
- Handzahnbürste
- elektrische Zahnbürste
- zusätzliches Fluorid
- Zungenreiniger

Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel ein?

(z. B. Vitamine, Mineralstoffe, Omega-3, pflanzliche Präparate)

- nein ja

Wenn ja, welche?

- Vitamin D
- Vitamin B-Komplex
- Magnesium
- Omega-3 / Fischöl
- Eisen
- Zink
- Calcium
- Pflanzliche Präparate (z. B. Ginkgo, Johanniskraut)
- Sonstige: _____

Interesse an professioneller Zahnreinigung (PZR)?

- ja nein