

## Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
herzlich Willkommen in unserer Praxis.

Dieser Anamnesebogen dient Ihrer Gesundheit und Sicherheit. Bitte lesen Sie ihn gut durch und füllen ihn sorgfältig aus. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihres Gesundheitszustandes optimal anpassen zu können.

**Patient**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Telefon beruflich: \_\_\_\_\_

**Versicherter\***

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Telefon beruflich: \_\_\_\_\_

Falls sie privat versichert sind, welchen Tarif haben sie gewählt? \_\_\_\_\_

Haben Sie eine private Zusatzversicherung? \_\_\_\_\_

Sind Sie beihilfeberechtigt? \_\_\_\_\_

Von wem wurde Ihnen unsere Praxis empfohlen? \_\_\_\_\_

Wer ist Ihr Hausarzt? \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

**Bestehen oder bestand bei Ihnen die folgende/n Krankheit/en, Beschwerde/n, Befunde?**

	Ja	Nein		Ja	Nein
Hoher Blutdruck			Nervenerkrankung		
Niedriger Blutdruck			Lebererkrankung/ Hepatitis		
Nierenerkrankung			Rheuma/ rheumatisches Fieber		
Zuckerkrankheit(Diabetes)			Anfallsleiden(Epilepsie)		
Magen-/Darmerkrankung			Blutgerinnungsstörung		
Immunschwäche(HIV/AIDS)			Schilddrüsenerkrankung		
Psychische Probleme			Augenerkrankung		
Lungenerkrankung (Asthma)			Sonstige Erkrankungen: _____		
Herzerkrankung: _____					
Allergien: _____					

\*(nur auszufüllen, falls Sie in einer Familienversicherung mitversichert sind)





Waren Sie vor kurzem oder sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Ja      Nein  
 Wenn ja, welche Fachrichtung/en: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja      Nein  
 Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Besteht eine Schwangerschaft? Ja      Nein  
 Wenn ja, im \_\_\_\_\_ Monat.

Traten jemals Komplikationen bei zahnärztlichen Behandlungen auf? Ja      Nein  
 Benötigen Sie vor zahnärztlichen Eingriffen eine Antibiotikaphylaxe? Ja      Nein  
 Haben Sie im Moment Zahnschmerzen? Ja      Nein  
 Bestehen überempfindliche Zahnhälse? Ja      Nein  
 Leiden Sie unter häufigem Erbrechen/Sodbrennen/Aufstoßen? Ja      Nein

Welche zahnmedizinischen Probleme liegen vor bzw. welche Erkrankung befürchten Sie?

Karies	Probleme (mit der vorhandenen Versorgung)	Zahnfleischprobleme
Verletzungen	Kiefergelenksprobleme	Aussehen der Zähne

Sonstiges: \_\_\_\_\_  
 Weshalb suchen Sie uns auf? Was ist Ihr Hauptanliegen?: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**I. Mundhygiene:**

Welche Ziele haben Sie sich für Ihre Mundgesundheit gesetzt? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Wurde Ihnen schon einmal ausführlich gezeigt, wie Sie individuelle Zahnpflege betreiben sollen?  
Ja Nein

Haben Sie Ihren Zähnen schon einmal eine professionelle Zahnreinigung gegönnt?  
Ja Nein

Wie oft reinigen Sie Ihre Zähne täglich? \_\_\_\_\_  
 Wie lange dauert der längste Putzvorgang? \_\_\_\_\_

Welche Zahnbürste verwenden Sie?	manuell	elektrisch	Schall
Welche Bürstenbewegungen führen Sie aus?	eher schrubkend	eher kreisend	sonstige
Blutet es beim Zähneputzen?	immer	selten	nie
Besteht Mundgeruch?	immer	selten	nie



Reinigen Sie Ihre Zahnzwischenräume?	täglich	gelegentlich	nie
Wenn ja, welche? _____			
Führen Sie Zungenreinigung durch?	täglich	gelegentlich	nie
Wenn ja, welche? _____			
Verwenden Sie regelmäßig Mundspüllösungen?		Ja	Nein
Wenn ja, welche? _____			
Verwenden Sie sonstige Mundhygieneartikel?		Ja	Nein
Wenn ja, welche? _____			

**II. Fluoridangebot:**

Welches Mineralwasser trinken Sie bevorzugt? _____			
Verwenden Sie Fluoridtabletten?		Ja	Nein
Wenn ja, welche? _____			
Kochen Sie mit fluoridiertem Speisesalz?		Ja	Nein
Welche Zahnpasta verwenden Sie? _____			
Trinken Sie häufig Schwarztee?		Ja	Nein

**III. Ernährung:**

Sind Sie jemals über zahngesunde Ernährung informiert worden?		Ja	Nein
Welche Ziele haben Sie sich für Ihre Mundgesundheit gesetzt? _____			
Wie oft essen Sie täglich zuckerhaltige Produkte? _____			
Wie oft trinken Sie täglich zuckerhaltige Getränke? _____			
Essen Sie häufig Obst oder trinken Fruchtsäfte?		Ja	Nein
Bevorzugen Sie überwiegend Vollwertkost?		Ja	Nein
Sind Sie Vegetarier?		Ja	Nein
Kauen Sie Kaugummi?		Ja	Nein
Wenn ja, welche? _____			
Sonstige Angaben zu besonderen Ernährungsgewohnheiten? _____			
_____			

**VI. Rauchen:**

Rauchen Sie zur Zeit?		Ja	Nein
Haben Sie früher geraucht?		Ja	Nein



**V. Funktion:**

Haben Sie die Neigung mit den Zähnen zu knirschen/pressen?	Ja	Nein
Haben Sie Angewohnheiten, wie Zungenpressen oder Wangenbeißen?	Ja	Nein
Ist Ihre Kaumuskulatur oft verspannt?	Ja	Nein
Sind bestimmte Kieferbewegungen schmerzhaft oder eingeschränkt?	Ja	Nein

**VI. Zahnarztbesuch/frühere Behandlungen**

Wurden im letzten Jahr neue Füllungen/Inlays/Kronen gemacht?	Ja	Nein
Wurden im letzten Jahr zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht?	Ja	Nein

Welche Behandlungen standen bisher im Vordergrund? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sonstige Anliegen Ihrerseits? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Koblenz, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient