

Anamnesestatus

Name: _____

Geb. Datum: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Beruf: _____

A. Zahnärztliche Anamnese

1. Haben Sie Beschwerden an den Zähnen?

Nein Ja, folgende: _____

2. Haben Sie Beschwerden am Zahnfleisch? Wo?

Nein Ja, folgende: _____

3. Ist Ihre Kaufähigkeit beeinträchtigt?

Nein Ja, folgende: _____

4. Empfinden Sie das Aussehen Ihrer Zähne als Problem? Gefällt Ihnen Ihre Zahnfarbe?

Nein Ja

5. Aus welchem Grund suchen Sie uns auf?

- zur Beratung oder Kontrolle
- zur Notfallbehandlung
- zur umfassenden zahnärztlichen Behandlung

6. Haben Sie Probleme mit ihrem Zahnersatz?

Nein Ja

7. Sind Sie an vorbeugenden Maßnahmen zur Zahnerhaltung interessiert?

Nein Ja

8. Haben Sie Schmerzen oder ein Spannungsgefühl im Kiefergelenk oder Gesichtsbereich?

Nein Ja

9. Leiden Sie an chronischen Kopf-, Hals- oder Schulterschmerzen?

Nein Ja

10. Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung?

Nein Ja

B. Allgemeinmedizinische Anamnese

1. Waren Sie während der letzten Jahre im Krankenhaus oder in ärztlicher Behandlung?

Nein Ja, Grund: _____
Hausarzt: _____

2. Nehmen Sie zurzeit regelmäßig Medikamente ein?

Nein Ja, folgende: _____

Hatten Sie jemals ...

- | | | |
|---|-------------------------------|-----------------------------|
| 3. starke Blutungen nach einer Verletzung? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| 4. eine ungewöhnliche Reaktion auf Spritzen oder Medikamente wie beispielsweise Penicillin, Jod etc.? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| 5. Asthma, Heuschnupfen oder Allergien (Latex, Penicillin etc.) | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| 6. Herzerkrankungen, Kreislaufstörungen? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| 7. Rheumatisches Fieber, akutes Rheuma? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| 8. Rheumatische Erkrankungen, Gelenkerkrankungen? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| 9. Lebererkrankungen (Gelbsucht)? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| 10. Diabetes (Zuckerkrankheit)? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| 11. Atemwegserkrankungen? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| 12. Nierenerkrankungen? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| 13. Infektiöse Erkrankungen (TBC, Hepatitis, AIDS, Geschlechtskrankungen)? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| 14. Andere Erkrankungen? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| 15. Rauchen sie? Wenn ja, wie viel pro Tag? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| 16. Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft? Welche Woche? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |

Datum

Unterschrift