



## Ihre persönlichen Daten

(Alle Angaben unterliegen auf das Strengste der ärztlichen Schweigepflicht!)

Patient: \_\_\_\_\_  
Name Vorname Geburtsdatum

Zahlungspflichtiger: \_\_\_\_\_  
Name Vorname Geburtsdatum

Anschrift: \_\_\_\_\_  
Postleitzahl Wohnort Straße

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Telefonnummern: Privat: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_ Dienstlich: \_\_\_\_\_

Sie sind: **privat versichert?**  ja  nein

\* wenn ja, beschränkt sich ihre Vergütung auf den 1,7 fachen Satz?  ja  nein

**gesetzlich versichert?**  ja  nein

\* wenn ja,  pflichtversichert  freiwillig versichert

Ihre Versicherung / Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Sie sind: **beihilfeberechtigt?**  ja  nein

Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. D.h. wir vergeben Termine, um Ihnen längere Wartezeiten zu ersparen, denn wir wissen, wie kostbar der Faktor „Zeit“ für Sie ist.

Um Ihnen unsere ganze Aufmerksamkeit schenken zu können, reservieren wir Ihnen bei entsprechenden Behandlungen z.T. mehrere Stunden. In diesem Zeitraum ist das ganze Praxisteam nur für Sie da. Bei Nichterscheinen wird anderen Patienten so die Möglichkeit einer früheren Behandlung genommen. Um Ihnen und uns Ärger zu ersparen, bitten wir darum, alle Termine pünktlich einzuhalten oder bei Verhinderung rechtzeitig, spätestens aber 48 Stunden vorher, abzusagen.

Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen, dadurch kann es manchmal zu Zeitverzögerungen kommen.

Bei wichtigen, dringenden Fragen und Problemen können Sie selbstverständlich gerne einen Behandler telefonisch erreichen. Falls es die Arbeit nicht zulässt, dass wir sofort mit Ihnen sprechen, hinterlassen Sie uns Ihre Telefonnummer – wir rufen zurück.

Hannover, den \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_



## Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte nehmen Sie sich einige Minuten Zeit, um den vorliegenden Fragebogen vollständig zu beantworten. Mit dem Ausfüllen tragen Sie dazu bei, dass wir Ihren Gesundheitszustand gut beurteilen und Sie dann auch besser behandeln können.

Alle Daten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Vielen Dank für Ihre Mühe!

## Allgemeinmedizinische Anamnese (zutreffendes bitte ankreuzen / unterstreichen)

Ich bin so weit mir bekannt ist allgemeinmedizinisch gesund.  \*ja  nein

(\*Falls ja, bitte weiter ab Frage 5)

1. Sie sind zur Zeit in ärztlicher Behandlung?  ja  nein  
Wenn ja, bei welchem Arzt?

---

2. Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?  ja  nein  
Wenn ja, welche?

---

3. Benötigen Sie ständig Medikamente?  ja  nein  
Wenn ja, welche?

---

4. Hatten oder haben Sie eine der nachfolgend aufgeführten Krankheiten?  ja  nein

☞ **Herzerkrankungen**  ja  nein  
Herzinfarkt / Herzschrittmacher / Herzschwäche (Insuffizienz) /  
unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien) / Herzasthma / Angina pectoris /  
künstliche Herzklappe / Sonstiges?

---

☞ **Kreislaufkrankungen:**  ja  nein  
Zu hoher / zu niedriger Blutdruck / Ohnmachtsanfälle /  
Einnahme blutgerinnungshemmender Medikamente

☞ **Erkrankung des Nervensystems:**  ja  nein  
Epileptische Anfälle / Krämpfe

☞ **Stoffwechselerkrankungen:**  ja  nein  
Zucker (Diabetes) / Erkrankung der Schilddrüse / Magen- Darmerkrankungen /  
Erkrankung der Bauchspeicheldrüse

☞ **Atemwegserkrankungen:**  ja  nein  
Asthma, chronische Bronchitis / Nasennebenhöhlenentzündung



- ☞ **Erkrankungen des Bewegungsapparates:**  ja  nein  
(Osteoporose)  
Wenn ja, nehmen Sie Bisphosphonate (enden auf – dronat) ein
- ☞ **Blutgefäßerkrankung:**  ja  nein  
Durchblutungsstörungen / Thrombose / Krampfadern
- ☞ **Bluterkrankungen:**  ja  nein  
Blutungsneigung (Hämophilie) / Blutarmut (Anämie)
- ☞ **Erkrankungen der Augen:**  ja  nein  
Glaukom (grüner Star) / Grauer Star
- ☞ **Allergien:**  ja  nein  
Haben Sie einen Allergiepass?  
gegen Penicillin / gegen Sonstige?
- 
- ☞ **Infektionskrankheiten:**  ja  nein  
Gelbsucht (Hepatitis A, B, C) / Tuberkulose / Creutzfeld Jakob / HIV pos.
- ☞ **Erkrankungen des Immunsystems:**  ja  nein  
(Immunsuppressionen, Autoimmunerkrankungen)
- ☞ **Psychische Erkrankungen:**  ja  nein  
Depression / psychosomatisch erkrankt / Psychose / Schizophrenie / sonstige?
- 
- 5. Liegt eine Schwangerschaft vor?**  ja  nein  
Wenn ja, im wievielten Schwangerschaftsmonat befinden Sie sich?
- 
- 6. Sind oder waren Sie:**  ja  nein  
Drogenabhängig / Alkoholabhängig / Medikamentenabhängig
- 7. Rauchen Sie?**  ja  nein



## **Zahnärztliche Anamnese** (zutreffendes bitte ankreuzen / unterstreichen)

### 1. Was ist Ihr Hauptanliegen?

\_\_\_\_\_

### 2. Haben Sie Schmerzen? ja nein

Wenn ja wo?

Zähne / Zahnfleisch / Kiefer

Wann?

Manchmal / immer / nachts / beim Essen / heiß / kalt / auf Druck / beim Bücken

### 3. Haben Sie schon eine zahnärztliche Spritze erhalten? ja nein

Wenn ja, hatten Sie irgendeine außergewöhnliche Reaktion?  ja  nein

Wenn ja, welche?  ja  nein

\_\_\_\_\_

### 4. Haben Sie Probleme mit Ihrem Zahnfleisch? ja nein

Wenn ja, welche?

Blutungen / Rückgang / Brennen / sonstige?

\_\_\_\_\_

### 5. Sind Ihnen Zahnlockerungen oder –verschiebungen aufgefallen? ja nein

### 6. Haben Sie überempfindliche Zähne? ja nein

### 7. Setzen sich bei Ihnen häufig Speisereste zwischen die Zähne? ja nein

### 8. Haben Sie gelegentlich einen schlechten Geschmack im Mund oder Mundgeruch? ja nein

### 9. Hatten Sie eine Kieferorthopädische Behandlung? ja nein

### 10. Hatten Sie eine Parodontosebehandlung? ja nein

Wenn ja, wann?

\_\_\_\_\_

### 11. Haben oder hatten Sie jemals Schmerzen oder Kiefergelenksprobleme? ja nein

Wenn ja, wann?

Bei der Mundöffnung / der Unterkieferbewegung / beim Kauen

### 12. Haben Sie schon einmal festgestellt, dass bei Unterkieferbewegungen die Kiefergelenke reiben, knacken, klemmen oder sich verhaken? ja nein

### 13. Ist Ihnen oder einem Angehörigen aufgefallen, dass Sie mit den Zähnen knirschen oder die Zähne stark aufeinander pressen? ja nein

### 14. Wurden Ihre Zähne innerhalb des vergangenen Jahres geröntgt? ja\* nein

\* wenn ja, wann? ca. \_\_\_\_\_ Bei wem? \_\_\_\_\_



## **Meine Wünsche, Bedürfnisse und Qualitätserwartungen für die Behandlung** (zutreffendes bitte ankreuzen)

1. **Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden?**  ja  nein\*  
\*Wenn nein, warum nicht?  Farbe  Form  Stellung  Sonstiges? \_\_\_\_\_
2. **Sind Sie zufrieden mit dem Aussehen Ihres Zahnfleisches?**  ja  nein\*  
\*Wenn nein, warum nicht?  unregelmäßiger Verlauf  verfärbt  
 schwarze Dreiecke zwischen den Zähnen  Sonstiges? \_\_\_\_\_
3. **Haben Sie Angst vor der zahnärztlichen Behandlung?**  ja  nein
4. **Falls bei Ihnen Zahnerneuerungen notwendig sind, sollen diese zahnfarben sein?**  ja  nein
5. **Möchten Sie (bei Bedarf) Anregungen zur Optimierung Ihrer Zahnpflege erhalten?**  ja  nein
6. **Möchten Sie unseren Erinnerungsservice für Vorsorgetermine in Anspruch nehmen bzw. per SMS an Ihren Termin erinnert werden?**  ja  nein

### **Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?**

Gelbe Seiten  Jameda  Google  Praxisschild  Empfehlung von \_\_\_\_\_

Endlich haben Sie es geschafft!

Nochmals vielen Dank, dass Sie alle Fragen so sorgfältig beantwortet haben. Je besser wir informiert sind, desto besser können wir Sie behandeln.

**Falls sich zukünftig während der weiteren Behandlungszeit Änderungen an meinem Gesundheitszustand ergeben, bin ich verpflichtet, den Behandlern diese ohne gesonderte Aufforderung mitzuteilen.**

Hannover, den \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_