PRAXIS: _____

# Anamnesebogen Zahnarzt

Bitte füllen Sie diesen Bogen vor Ihrer Behandlung aus. Manche Erkrankungen und Medikamente sind für die Zahnbehandlung wichtig, auch wenn sie nichts mit den Zähnen zu tun haben. Lassen Sie Fragen frei, die Sie nicht beantworten können.

## Stammdaten

Diese Angaben werden zur eindeutigen Zuordnung benötigt.

**Vorname**

**Nachname**

**Geburtsdatum**

TT.MM.JJJJ

## Ihr Anliegen

**Weshalb kommen Sie zu uns?**

- ☐ Kontrolle
- ☐ Schmerzen oder Beschwerden
- ☐ Professionelle Zahnreinigung
- ☐ Zahnersatz
- ☐ Zweite Meinung
- ☐ Sonstiges

**Welche Beschwerden haben Sie, und seit wann?**

**Wann waren Sie zuletzt beim Zahnarzt (ungefähr)?**

**Wann wurden zuletzt Röntgenaufnahmen Ihrer Zähne gemacht (ungefähr)?**

## Allgemeine Gesundheit

Bitte kreuzen Sie an, was bei Ihnen bekannt ist.

**Bekannte Erkrankungen**

- ☐ Herzerkrankung
- ☐ Künstliche Herzklappe oder frühere Herzinnenhautentzündung
- ☐ Herzschrittmacher oder Defibrillator
- ☐ Bluthochdruck
- ☐ Diabetes
- ☐ Blutgerinnungsstörung
- ☐ Asthma oder COPD
- ☐ Epilepsie
- ☐ Schilddrüsenerkrankung
- ☐ Osteoporose
- ☐ Leber- oder Nierenerkrankung
- ☐ Infektionskrankheit (z. B. Hepatitis, HIV, Tuberkulose)

- [ ] Krebserkrankung, auch mit Bestrahlung im Kopf- oder Halsbereich
- [ ] Keine bekannt

**Weitere Erkrankungen, Operationen oder Krankenhausaufenthalte**

## Medikamente

**Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?**

Bitte mit Dosierung, auch Präparate ohne Rezept.

**Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?**

- [ ] Nein
- [ ] Ja, dauerhaft
- [ ] Ja, vorübergehend
- [ ] Weiß ich nicht

**Bekommen oder bekamen Sie Medikamente gegen Osteoporose oder Knochenmetastasen (z. B. Bisphosphonate oder Denosumab)?**

- [ ] Nein
- [ ] Ja, zurzeit
- [ ] Ja, früher
- [ ] Weiß ich nicht

## Allergien und Betäubung

**Bekannte Allergien oder Unverträglichkeiten**

- [ ] Betäubungsmittel
- [ ] Antibiotika (z. B. Penicillin)
- [ ] Schmerzmittel
- [ ] Latex
- [ ] Metalle (z. B. Nickel)
- [ ] Keine bekannt

**Welche genau, und wie äußert sich die Reaktion?**

**Gab es bei einer Betäubung beim Zahnarzt schon einmal Probleme?**

- [ ] Nein
- [ ] Ja
- [ ] Ich wurde noch nie betäubt

**Wenn ja: Was ist passiert?**

## Zähne und Zahnfleisch

**Was trifft auf Sie zu?**

- [ ] Zahnfleischbluten
- [ ] Empfindliche Zähne bei Kälte oder Wärme

- [ ] Schmerzen oder Knacken im Kiefergelenk
- [ ] Zähneknirschen oder -pressen
- [ ] Mundtrockenheit
- [ ] Nichts davon

**Haben Sie Zahnersatz?**

- [ ] Krone
- [ ] Brücke
- [ ] Implantat
- [ ] Teilprothese
- [ ] Vollprothese
- [ ] Keinen

**Haben Sie Angst vor der Zahnbehandlung?**

- [ ] Nein
- [ ] Ein wenig
- [ ] Ja
- [ ] Ja, sehr

## Lebensweise

**Rauchen**

- [ ] Nie
- [ ] Früher
- [ ] Ja, gelegentlich
- [ ] Ja, täglich

**Nur für Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft?**

- [ ] Nein
- [ ] Ja
- [ ] Nicht sicher
- [ ] Trifft nicht zu

## Unterschrift

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Fragen nach bestem Wissen beantwortet habe. Ändern sich meine Gesundheit oder meine Medikamente, sage ich der Praxis vor der nächsten Behandlung Bescheid.