

## Zahnärztliche Anamnese

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Wohnanschrift: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_

Handynummer: \_\_\_\_\_

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

**Wir sind eine digitale und nachhaltige Praxis.**

Im Zuge dessen benötigen wir Ihre E-Mail Adresse oder Handynummer.

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Haben Sie eine Zusatzversicherung?  ja  nein

Pflegestufe?  ja Grad: \_\_\_\_\_  nein

Wiedereingliederungshilfe?  ja  nein

**HINWEIS:** Die Verträge mit den Krankenkassen beinhalten nicht alle Leistungen der modernen Zahnmedizin.

Sehr geehrte Patient/-innen,

um für Ihre Behandlung geeignete Medikamente und Behandlungsverfahren auswählen zu können, bitten wir Sie um die Beantwortung folgender Fragen zur allgemeinen Vorgeschichte.

Diese Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

	ja	nein
Haben Sie Angst vor zahnärztlichen Behandlungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gab es jemals Probleme bei zahnärztlichen Behandlungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?: _____		

In dieser Praxis wird das Spektrum der konventionellen Zahnmedizin durch einen ganzheitlichen Ansatz erweitert: Hierbei kommen u. a. moderne naturheilkundliche Verfahren, Homöopathie sowie die Akupunktur zum Einsatz.

	ja	nein
Möchten Sie über naturheilkundliche Behandlungsalternativen aufgeklärt werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Interesse an begleitenden Therapien wie Akupunktur / Vitamin D-Therapie / Amalgamausleitung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wünschen Sie für längere Eingriffe eine Aufklärung zur möglichen Lachgasbehandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anamnesefragen:

	ja	nein
1. Ist Ihre Kauffähigkeit beeinträchtigt? Lockerungen oder Zahnwanderungen beobachtet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wurde bei Ihnen eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Haben Sie manchmal Schmerzen oder ein Spannungsgefühl im Kiefer- / Gesichtsbereich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Leiden Sie unter chronischen Kopf-, Hals- oder Schulterschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Leiden Sie unter Zahnfleischbluten / Mundgeruch / Mundtrockenheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Leiden Sie an Unverträglichkeiten oder Allergien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?: _____		
7. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente (zB Gerinnungshemmer /... )?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?: _____		
8. Besteht eine erhöhte Blutungsneigung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Nehmen Sie Drogen, Betäubungsmittel oder ähnliche Substanzen (zB Cannabis)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?: _____		
10. Dürfen wir Alkohol zum Desinfizieren benutzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wieviel?: _____		

**Besteht oder bestand eine der folgenden Erkrankungen? (zutreffendes unterstreichen bzw bei Sonstiges)**

	ja	nein		ja	nein
Erkrankungen des Herzens?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzinfarkt / Schlaganfall?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher / Bypass - OP / künstliche Herzklappe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutgerinnungsstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreislaufbeschwerden / hoher / niedriger Blutdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nierenerkrankung / Dialyse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankungen / Gelbsucht / Hepatitis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lungenerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie oder Anfallsleiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthma / Atemnot?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionskrankheiten (Hepatitis / HIV)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberkulose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma / Arthrose / Osteoporose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumorerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Augenerkrankung / Glaukom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Besteht eine Schwangerschaft?  nein  ja, SSW: \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes oder Ihrer Medikamenteneinnahme mit.**

**Gern kopieren wir Ihren Medikamentenplan und hinterlegen diesen in Ihrer Kartei.**

Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen oder einhalten können, so bitten wir um eine Absage spätestens 24 Stunden vorher oder um Vorlage einer Krankenbescheinigung.

Bei Nichteinhalten von Terminen behalten wir uns vor, einen Anspruch auf Ersatz des Ausfallschadens gemäß §§ 615, 293 BGB geltend zu machen. Die Höhe des Ausfallhonorars entspricht kalkulatorisch der entsprechenden Leistung des versäumten Termins bzw. der durchschnittlichen Kosten der Praxisstunde.

**Ort, Datum:**

**Unterschrift:**