



Gesund beginnt im Mund – Anamnese

Um Sie optimal betreuen zu können, möchten wir Ihre Wünsche, Vorstellungen und Ansprüche kennenlernen, denn Ihr Wohlbefinden liegt uns am Herzen.

Wir versichern Ihnen hiermit, dass Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen und ausschließlich dazu dienen, unsere Betreuung Ihrem Gesundheitszustand optimal anzupassen.

Persönliche Angaben

Patient Name /Vorname

Geburtsdatum

Versicherter Name /Vorname

Anschrift

Telefon Privat

Telefon Geschäftlich

Mobil

E-Mail

Beruf

Zusatzversicherung Ja ☐ Nein ☐



Gesund beginnt im Mund – Anamnese

1. Risikoanamnese

Diese Angaben sind notwendig, damit Risiken und Komplikationen während der Behandlung vorgebeugt werden können.

Infektionskrankheiten (HIV, TBC, Hepatitis etc.) Ja ☐ Nein ☐

Hormonelle Erkrankungen (Diabetes, Schilddrüse etc.) Ja ☐ Nein ☐

Chronische Erkrankungen (Rheuma, MS, Krebs, Epilepsie etc.) Ja ☐ Nein ☐

Herzkrankheiten (Herzschrittmacher, Bluthochdruck etc.) Ja ☐ Nein ☐

Blutgerinnungsstörung Ja ☐ Nein ☐

Blutverdünnung Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, welches Medikament: _____

2. Allergien

Allergien oder Arzneimittelüberempfindlichkeiten? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, welche: _____

3. Allgemein

Diese Angaben sind notwendig, damit Risiken und Komplikationen während der Behandlung vorgebeugt werden können.

Geschlecht W ☐ M ☐

Schwangerschaft Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, welcher Monat: _____

Stillzeit Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, welcher Monat: _____

Raucher? Ja ☐ Nein ☐

Möchten Sie, dass wir Sie an Ihren nächsten Vorsorge-Termin erinnern? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, per:

☐ E-Mail

☐ Telefon

☐ Post

4. Medikamente

Medikamenteneinnahme? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, welche: _____

5. Spezielle medizinische Anamnese

Allgemeinerkrankungen und Befindlichkeitsstörungen können in Wechselwirkungen zum Kauorgan stehen. Durch Ihre Angaben können eventuelle zusammenhänge erkannt und während der Therapie berücksichtigt werden.

Magen, Bauchspeicheldrüse, Milz Ja ☐ Nein ☐

Leber, Galle Ja ☐ Nein ☐

Atemsystem, Verdauung, Nasennebenhöhle Ja ☐ Nein ☐

Haut (Allergie, Neurodermitis) Ja ☐ Nein ☐

Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Hormonelle Störungen Ja ☐ Nein ☐

Niere, Blase, Lymphe, Unterleib Ja ☐ Nein ☐

Psychische Probleme / Belastungen (auch Therapie) Ja ☐ Nein ☐

Spezielle Probleme oder sonstige Erkrankungen Ja ☐ Nein ☐

Knochenentzündungen (Osteoporose) Ja ☐ Nein ☐

Augenerkrankungen (Glaukom) Ja ☐ Nein ☐

6. Zahnmedizinische Anamnese

Welche Anliegen führt Sie in unsere Praxis?

Aktuell: _____

Langfristig: _____

Wie lange liegt Ihr letzter Zahnarztbesuch zurück?

Welche zahnärztlichen Maßnahmen wurden getroffen bzw. besprochen?

Was ist Ihnen im Zusammenhang mit Ihrer zahnärztlichen Betreuung besonders wichtig?

Wie zufrieden sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne?

Zeigen Sie Ihre Zähne gerne? Ja ☐ Nein ☐ Neutral ☐

Wenn nein, weil: _____



Gesund beginnt im Mund – Anamnese

7. Sind Sie an ästhetischen Veränderungen

- ☐ Ja, ich empfinde die Farbe meiner Zähne als unattraktiv und bin an einem Bleaching (Aufhellung der Zähne) interessiert
- ☐ Mich stört das Aussehen von Füllungen oder Zahnersatz in meinem Mund
- ☐ Die Stellung meiner Zahnreihen empfinde ich als nicht optimal
- ☐ Ich hätte gern ein gesünder aussehendes Zahnfleisch
- ☐ Meine Zahnlücken stören mich
- ☐ Sonstiges: _____

8. Zahnersatz

Haben Sie Zahnersatz? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, seit wann: _____

- ☐ Festsitzend
- ☐ Herausnehmbar

Haben Sie Implantate? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, seit wann: _____

9. Was könnte Ihrer Meinung nach hierbei verbessert werden?

- ☐ Optik
- ☐ Kaufunktion
- ☐ Sitz/Halt
- ☐ Hygienefähigkeit
- ☐ Biologische Verträglichkeit
- ☐ Sonstiges: _____

10. Ist Ihnen aufgefallen, dass...

- ☐ Ihr Zahnfleisch (häufiger) blutet
- ☐ Ihr Zahnfleisch zurückweicht bzw. Ihnen Ihre Zähne länger erscheinen als sonst
- ☐ Sie unter schlechtem Geschmack/Mundgeruch leiden
- ☐ Ihre Zähne gewandert sind oder gelockert erscheinen
- ☐ sich bei Ihnen schnell Zahnstein bildet
- ☐ sich Ihre Zähne schnell verfärben
- ☐ sich Ihre Mundschleimhäute häufig entzünden

11. Die Mundhöhle steht in enger Beziehung zu Ihrer allgemeinen Gesundheit. Interessieren Sie sich für...

- ☐ einen Gesundheitscheck im Hinblick auf mögliche Belastungen durch Zähne oder zahnmedizinische Materialien?
- ☐ einen Test über die Verträglichkeit zahnmedizinischer Materialien?
- ☐ eine naturheilkundliche Unterstützung bei Ihrer zahnärztlichen Therapie?

12. Ist Ihnen in letzte Zeit aufgefallen, dass...

Sie mit Ihren Zähnen knirschen? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, haben Sie eine Knirschschiene? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, seit wann: _____

Ihre Kiefergelenke knacken? Ja ☐ Nein ☐

Sie Ohrgeräusche haben? Ja ☐ Nein ☐

Ihre Zähne nicht richtig aufeinander passen? Ja ☐ Nein ☐

Sie Verspannungen im Bereich von Gesichts und Nackenmuskulatur haben? Ja ☐ Nein ☐

Sie häufiger unter Kopfschmerzen/Migräne leiden? Ja ☐ Nein ☐

Sind oder waren Sie in kieferorthopädischer Behandlung? Ja ☐ Nein ☐

Zeitraum: _____

Schnarchen Sie? Ja ☐ Nein ☐

13. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- ☐ Persönliche Empfehlung von: _____
- ☐ Überweisung durch: _____
- ☐ Internet
- ☐ Telefonbuch
- ☐ Gelbe Seiten
- ☐ Sonstiges: _____

14. Unterschrift

Ich versichere hiermit die Richtigkeit meiner Angaben.

Unterschrift

Ort/Datum