



# DIE ZAHNÄRZTINNEN

DR. SILJA STÖTZEL  
DR. CYNTHIA SIX

## Anamnesebogen

**Liebe Patientin, lieber Patient!**

Wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe. Wir bitten Sie diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen können. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Name /Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

---

Straße/Nr.

PLZ/Ort

---

Telefon

Telefon Mobil

---

Beruf

Arbeitgeber

---

### Versicherung

Krankenkasse

---

Gesetzlich Versichert  Privat Versichert  Basis/Standard Tarif  Beihilfe  Zusatzversichert

Falls Sie über jemanden anders (mit) Versichert sind, benötigen wir kurz folgenden Angaben

Name

Straße/Nr.

PLZ/Ort

---

### Wer ist Ihr Hausarzt? (Name und Adresse)

---

### Allgemeine Erkrankungen

Ja

Nein

Leiden Sie an Asthma oder Heuschnupfen? **Bitte unterstreichen**

Besitzen Sie einen Allergiepass?

Wenn ja, welche Allergien? \_\_\_\_\_

**Bitte wenden ----->**

	Ja	Nein
Haben Sie einen Herzschrittmacher oder einen Herzklappenersatz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie eine Herzschwäche oder unregelmäßigen Herzschlag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Angina Pectoris oder hatten Sie einen Herzinfarkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel _____?		
<i>Für weibliche Patienten:</i> Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden sie an zu hohem oder zu niedrigem Blutdruck? <b>Bitte unterstreichen</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie gerinnungshemmende Mittel (z.B. Marcumar, Aspirin, ASS)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Diabetes (Zuckerkrankheit)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie jemals einen epileptischen Anfall (Krampfanfall)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie eine Augenerkrankung (z.B. Engwinkelglaukom)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie jemals eine Lebererkrankung (Gelbsucht, Hepatitis)? <b>Bitte unterstreichen</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Magen- oder Darmerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Tuberkulose oder einer Geschlechtskrankheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Osteoporose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter einer Tumorerkrankung? (Auch frühere)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, TBC, HIV)? <b>Bitte unterstreichen</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn, Ja welche _____		
Haben Sie Angst vor der Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wünschen Sie von uns an Ihre nächste Kontrolluntersuchung erinnert zu werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Welches Anliegen führt Sie in unsere Praxis?

---

**Für unsere Neu Patienten**

	Ja	Nein
Haben sie Zahnfleischbluten oder Zahnfleischrückgang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragen Sie Zahnersatz? Seit wann? Seit _____ Jahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde bei Ihnen schon mal eine Parodontitis Behandlung durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie an einem Prophylaxeprogramm z.B. Professionelle Zahnreinigung interessiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist bei Ihnen eine Kieferorthopädische Behandlung durchgeführt worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Sie in den letzten 12 Monaten im Kopf- oder Kieferbereich geröntgt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die zahnärztliche Lokalanästhesie (örtliche Betäubung) dient der lokalen Ausschaltung der Schmerzempfindung im Zahn-, Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich. Durch sie können die notwendigen Behandlungen (wie z.B. Wurzelbehandlungen, Extraktionen, Operationen) in der Regel schmerzfrei durchgeführt werden. Obwohl die Lokalanästhesie ein sicheres Verfahren zur Schmerzausschaltung ist, sind Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten der verwendeten Substanzen nicht immer vermeidbar.

Lieber Patient, wir sind eine Bestellpraxis. Wenn wir unsere Zeit für Sie reservieren und Sie nicht erscheinen, sind weder der Zahnarzt noch seine Mitarbeiter in dieser Zeit beschäftigt. Daher bitten wir Sie, für den Fall, dass Sie Ihre reservierte Behandlungszeit nicht wahrnehmen können, rechtzeitig (das heißt möglichst 48 Stunden vorher) abzusagen. Sie erweisen uns und Ihren Mitpatienten einen großen Gefallen. Bei mehrmaligem Nichterscheinen ohne vorherige Absage können wir Ihnen aus organisatorischen Gründen keine festen Termine mehr geben.

Mit freundlichen Grüßen Ihr Praxisteam

---

Datum

---

Unterschrift