



Anamnesebogen der  
Zahnarztpraxis Dr. Kai-Uwe Wende  
Olpener Str.61  
51766 Engelskirchen  
0 22 63 - 92 87 81

Datum:

Herzlich Willkommen

Auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben, deswegen bitten wir Sie diesen Anamnesebogen mit Sorgfalt auszufüllen. Ihre Angaben werden bei uns elektronisch gespeichert, aber sie unterliegen strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht

Patientendaten

Patient

Name Vorname Geburtsdatum

Versicherter

Name Vorname Geburtsdatum Krankenkasse

Pflichtversichert  Privatversicherung  
 Freiwillig versichert

Anschrift

Straße Postleitzahl Ort

Telefon

Privat Geschäftlich Fax E-Mail Adresse

Arbeitgeber

Beruf

Name und Anschrift Ihres Hausarztes

\_\_\_\_\_

Möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnert werden?  Ja  Nein

Wie möchten Sie erinnert werden?  Telefon  Brief

Bitte denken Sie daran, Termine die Sie nicht einhalten können spätestens 24 Stunden vorher abzusagen. Wir sind berechtigt Ihnen solche freigebliebenen Termine in Rechnung zu stellen.

**Grund Ihres Besuchs**

Kontrolluntersuchung

Schmerzen

Sonstiges \_\_\_\_\_

## Uns ist wichtig, was Ihnen wichtig ist

- Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen
- Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen? \_\_\_\_\_
- Starker Würgereiz
- Starke Schmerzempfindlichkeit

Durch wen wurden wir Ihnen empfohlen? \_\_\_\_\_

Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch am meisten vermisst? \_\_\_\_\_

## Beratungswunsch

- Zahnfarbene Keramikfüllungen
- Weißer Zähne (Bleaching)
- Zahnästhetik
- Zahnersatz
- Implantate/Implantatversorgung
- Prophylaxe/Ernährungsberatung
- Professionelle Zahnreinigung

Möchten Sie bei Ihrer Behandlung eine Injektion?

Wenn ja, bitte denken Sie daran, dass jedes Anästhetikum die Fahrtüchtigkeit und die Teilnahme am Straßenverkehr beeinträchtigt.

Bei der Anästhesie besteht eine geringe Möglichkeit der Verletzung von Nervenfasern, dies könnte sich durch ein längeres taubes Gefühl äußern.

## Ihr persönlicher Gesundheitscheck

Haben oder hatten Sie jemals Erkrankungen an:

- |                            |                          |                    |                          |
|----------------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|
| Herz-/oder Kreislauf       | <input type="checkbox"/> | Gelenke (Rheuma)   | <input type="checkbox"/> |
| Herzschrittmacher          | <input type="checkbox"/> | Diabetes           | <input type="checkbox"/> |
| Hohen Blutdruck            | <input type="checkbox"/> | Schilddrüse        | <input type="checkbox"/> |
| Ohnmachtsneigung           | <input type="checkbox"/> | Blut/Blutgerinnung | <input type="checkbox"/> |
| Lebererkrankung(Hepatitis) | <input type="checkbox"/> | Magen-Darm-Trakt   | <input type="checkbox"/> |
| Nieren                     | <input type="checkbox"/> | Lunge (Asthma)     | <input type="checkbox"/> |
| Nasen-Nebenhöhlen          | <input type="checkbox"/> | Epilepsie          | <input type="checkbox"/> |
| Grünen Star                | <input type="checkbox"/> | HIV-Infektion/Aids | <input type="checkbox"/> |

Haben Sie eine sonstige schwere Erkrankung?

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

Allergien, Penicillin Überempfindlichkeit?

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

Nehmen Sie Medikamente regelmäßig ein?

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

Rauchen Sie?

Sind Sie zurzeit schwanger?

Das habe ich zur Kenntnis genommen

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten.