

# ANAMNESEBOGEN

## LIEBE PATIENTIN, LIEBER PATIENT!

BEVOR WIR UNS IN RUHE DER OPTIMALEN VERSORGUNG IHRER ZÄHNE WIDMEN, BENÖTIGEN WIR NEBEN DEN ANGABEN ZU IHRER PERSON NOCH AUSKÜNFTEN ÜBER IHREN ALLGEMEINEN GESUNDHEITZUSTAND. DENN AUCH ALLGEMEINE ERKRANKUNGEN KÖNNEN ENTSCHEIDENDE AUSWIRKUNGEN AUF DIE ZAHNÄRZTLICHE BEHANDLUNG HABEN. BITTE NEHMEN SIE SICH DAHER ZEIT DIE FOLGENDEN FRAGEN NACH BESTEM WISSEN ZU BEANTWORTEN. ALLE ANGABEN UNTERLIEGEN DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPFLICHT!

### PERSÖNLICHE DATEN

TITEL	VORNAME	NACHNAME
STRAÙE	PLZ	ORT
KRANKENKASSE	VERS.NR.	GEB. DATUM
BERUF	E-MAIL	TEL. NR.

### Wie Sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

ÜBER EINE EMPFEHLUNG       IM VORBEIGEHEN       ÜBER DAS INTERNET

ÜBERWEISENDER ARZT .....

### SIE SIND UNS WICHTIG

#### WAS SOLLEN WIR BEI IHRER BEHANDLUNG BESONDERS BERÜCKSICHTIGEN?

ANGST VOR ZAHNMEDIZINISCHEN EINGRIFFEN     STARKER WÜRGEREIZ       STARKE SCHMERZEMPFFINDLICHKEIT

#### WAS HABEN SIE BEI FRÜHEREN ZAHNARZTBESUCHEN VERMISST?

.....

### ALLGEMEINE ANAMNESE FRAGEN (ZUTREFFENDES BITTE ANHAKEN)

#### HABEN ODER HATTEN SIE JE EINE DER FOLGENDEN BESCHWERDEN ODER KRANKHEITEN

<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> HERZERKRANKUNGEN
<input type="checkbox"/> LUNGENERKRANKUNG (Z. B. ASTHMA)	<input type="checkbox"/> HERZINFARKT <input type="checkbox"/> SCHRITTMACHER <input type="checkbox"/> ENDOKARDITIS
<input type="checkbox"/> LEBERERKRANKUNG	<input type="checkbox"/> BLUTDRUCK PROBLEME
<input type="checkbox"/> STOFFWECHSELERKRANKUNG	<input type="checkbox"/> HOHER BLUTDRUCK <input type="checkbox"/> NIEDRIGER BLUTDRUCK
<input type="checkbox"/> EPILEPSIE	<input type="checkbox"/> NIERENERKRANKUNG
<input type="checkbox"/> RHEUMATISCHE ERKRANKUNG	<input type="checkbox"/> MAGEN-/DARMERKRANKUNG (GASTRITIS, GESCHWÜR)
<input type="checkbox"/> LEIDEN SIE UNTER OSTEOPOROSE?	<input type="checkbox"/> HORMONELLE ERKRANKUNG (SCHILDDRÜSE)
<input type="checkbox"/> CHRONISCHE ERKRANKUNG (GLAUKOM)	<input type="checkbox"/> BLUTUNGSNEIGUNG/BLUTERKRANKUNG
<input type="checkbox"/> RHEUMA	<input type="checkbox"/> PSYCHISCHE ERKRANKUNG
<input type="checkbox"/> NASEN-/NEBENHÖHLENERKRANKUNG	<input type="checkbox"/> DEPRESSION <input type="checkbox"/> SCHIZOPHRENIE <input type="checkbox"/> PHOBIE

# ANAMNESEBOGEN

## HABEN SIE ALLERGIEN ODER UNVERTRÄGLICHKEITEN AUF MEDIKAMENTE, METALLE ODER MATERIALIEN

(z.B.: LATEX, PENICILLIN)? WENN JA WELCHE: .....

## NEHMEN SIE REGELMÄßIG MEDIKAMENTE EIN?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> HERZMEDIKAMENTE      | <input type="checkbox"/> BLUTVERDÜNNENDE MEDIKAMENTE (THROMBO ASS, MARCUMAR) |
| <input type="checkbox"/> CORTISON(KORTIKOIDE) | <input type="checkbox"/> SCHMERZMITTEL                                       |
| <input type="checkbox"/> ANTIDEPRESSIVA       | <input type="checkbox"/> ANDERE MEDIKAMENTE.....                             |

## HABEN ODER HATTEN SIE FOLGENDE INFEKTIONEN?

- |                                    |                                     |                              |
|------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> HEPATITIS | <input type="checkbox"/> HIV (AIDS) | <input type="checkbox"/> TBC |
|------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|

## SONSTIGE ERKRANKUNGEN ODER PROBLEME?

WENN JA WELCHE: .....

## BESTEHT DIE MÖGLICHKEIT EINER SCHWANGERSCHAFT?

## IHRE ZAHNBEHANDLUNG BETREFFENDE FRAGEN (ZUTREFFENDES BITTE ANKREUZEN):

- |   |  |  |  |   |
|---|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> WURDEN IN DER LETZTEN ZEIT EIN ZAHNÄRZTLICHES RÖNTGEN ANGEFERTIGT? (KLEINBILD, PANORAMA, CT)   |  |  |  |   |
| <input type="checkbox"/> HABEN SIE ZAHNSCHMERZEN?<br><table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/> DAUERSCHMERZ</td><td><input type="checkbox"/> ZÄHNE SCHMERZEN BEI BELASTUNG</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> ENTZÜNDUNGEN AM ZAHNFLEISCH</td><td><input type="checkbox"/> TEMPERATUREMPFINDLICHE ZÄHNE</td></tr></table> | <input type="checkbox"/> DAUERSCHMERZ                  | <input type="checkbox"/> ZÄHNE SCHMERZEN BEI BELASTUNG | <input type="checkbox"/> ENTZÜNDUNGEN AM ZAHNFLEISCH | <input type="checkbox"/> TEMPERATUREMPFINDLICHE ZÄHNE |
| <input type="checkbox"/> DAUERSCHMERZ   | <input type="checkbox"/> ZÄHNE SCHMERZEN BEI BELASTUNG |  |  |   |
| <input type="checkbox"/> ENTZÜNDUNGEN AM ZAHNFLEISCH  | <input type="checkbox"/> TEMPERATUREMPFINDLICHE ZÄHNE  |  |  |   |
| <input type="checkbox"/> HATTEN SIE JE KREISLAUFPROBLEME NACH VERABREICHUNG VON LOKALANÄSTHETIKA? (ÜBELKEIT, OHNMACHT)  |  |  |  |   |
| <input type="checkbox"/> HABEN SIE MANCHMAL BESCHWERDEN IN DEN KIEFER- UND NASENNEBENHÖHLEN?  |  |  |  |   |
| <input type="checkbox"/> HABEN SIE BEI SICH EINE SCHLECHT SITZENDE FÜLLUNG BEMERKT?   |  |  |  |   |
| <input type="checkbox"/> BLUTET IHR ZAHNFLEISCH BEIM PUTZEN?  |  |  |  |   |
| <input type="checkbox"/> HABEN SIE EINE MUNDSCHLEIMHAUTVERÄNDERUNG BEMERKT? (SCHWELLUNG, FISTEL)  |  |  |  |   |

WENN JA WO? .....

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> IST IHRE KAUFÄHIGKEIT BEEINTRÄCHTIGT?                            |
| <input type="checkbox"/> LEIDEN SIE UNTER CHRONISCHEN KOPF- HALS- ODER SCHULTERSCHMERZEN? |
| <input type="checkbox"/> EMPFINDEN SIE DAS AUSSEHEN IHRER ZÄHNE ALS PROBLEM?              |
| <input type="checkbox"/> HATTEN SIE EINE KIEFERREGULIERUNG (ZAHNSPANGE)?                  |

WIR BITTEN SIE, UNS JEDE VERÄNDERUNG IHRER (GESUNDHEITLICHEN) DATEN BEKANTT ZU GEBEN, UM UNSERE THERAPIE AN IHRE BEDÜRFNISSE ANPASSEN ZU KÖNNEN.

HIERMIT BESTÄTIGE ICH DIE RICHTIGKEIT UND VOLLSTÄNDIGKEIT MEINER ANGABEN.

GRAZ, AM .....

UNTERSCHRIFT DES PATIENTEN