

# Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

herzlich willkommen in der Zahnarztpraxis Dr. Ußling & Team. Wir freuen uns, dass Sie sich für uns entschieden haben. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen sorgfältig aus. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gem. § 203 des StGB sowie den Bestimmungen des Datenschutzes. Sie dienen ausschließlich dazu, Ihren Gesundheitszustand zu erfassen und Ihnen ein individuelles Prophylaxe- und Behandlungskonzept anzubieten. Falls Schwierigkeiten bei der Beantwortung der Fragen auftreten, sprechen Sie uns gerne an.

## Patient/in

Name: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_  
Straße/Nr.: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_  
Geburtsort: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

## Versicherte/r (falls abweichend)

Name: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
Straße/Nr.: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_

## Versicherungsart

- Gesetzlich versichert  
 Privat versichert  
 Privat versichert (Basistarif)
- Beihilfeberechtigt  
 Zusatzversicherung für zahnärztliche Leistungen

## Was ist der Grund Ihres Besuches?

- Beratung     Kontrolle     Schmerzbehandlung

## Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Empfehlung     Internet     Sonstiges: \_\_\_\_\_

Falls Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie diesen bitte mindestens 24 Stunden vorher ab. Andernfalls sind wir nach §§ 304, 615 BGB berechtigt, Ihnen ggf. eine Ausfallgebühr in Rechnung zu stellen.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit den Bedingungen einverstanden und bestätige die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Hinweis: Bitte teilen Sie uns Veränderungen hinsichtlich Ihres Gesundheitszustandes und/oder Ihrer Medikamenteneinnahme mit.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzlich. Vertreter/in)

## Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

- |  |   |                                  |
|--|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aspirin (ASS) | <input type="checkbox"/> Insulin        | <input type="checkbox"/> Heparin |
| <input type="checkbox"/> Marcumar      | <input type="checkbox"/> Bisphosphonate | <input type="checkbox"/> Andere  |

## Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

### Stoffwechsel, Zuckerkrankheit

- Diabetes mellitus
- Schilddrüsenunterfunktion
- Schilddrüsenüberfunktion

### Herz/Kreislauf

- Herzinfarkt
- Herzschrittmacher
- Bypass
- Künstliche Herzklappe
- Hoher Blutdruck
- Niedriger Blutdruck
- Ich besitze einen Herzpass.
- Andere: \_\_\_\_\_

### Ansteckende Erkrankung

- Hepatitis A/B/C
- Aids/HIV
- Andere: \_\_\_\_\_

### Allergien/Überempfindlich gegen

- Medikamente: \_\_\_\_\_
- Amalgam
- Latex
- Andere: \_\_\_\_\_

### Gefäße

- Schlaganfall
- Durchblutungsstörungen
- Gerinnungsstörungen
- Andere: \_\_\_\_\_

### Atemwege/Lunge

- Asthma
- Chronische Bronchitis
- Schnarchen
- Andere: \_\_\_\_\_

### Nerven/Gemüt

- Krampfanfälle/Epilepsie
- Depressionen
- Angstzustände
- Migräne
- Kopf-/Nackenschmerzen

### Knochen

- Osteoporose
- Tumorerkrankungen
- Erkrankungen des Knochens

### Magen-, Darm- oder Nieren-erkrankungen

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

Leiden Sie an weiteren schweren Erkrankungen? \_\_\_\_\_

- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Rauchen Sie?  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Leiden Sie unter Würgereiz?                           | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Pressen/Knirschen Sie mit den Zähnen?                 | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Nehmen Sie auffällige Geräusche im Kiefergelenk wahr? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Haben Sie örtliche Betäubungen bisher gut vertragen?  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Haben Sie Angst vor zahnmedizinischen Behandlungen?   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

## Röntgenuntersuchung

Wurden Sie innerhalb der letzten 12 Monate im Kopf-/Kieferbereich geröntgt?  
Bei Patientinnen: Besteht derzeit eine Schwangerschaft?

- |                             |                               |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

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

## Aufklärung über die Risiken bei der Leitungsanästhesie im Unterkiefer:

Bei der Anästhesie (Betäubung) im Unterkiefer besteht in seltenen Fällen die Gefahr, dass der Nervus mandibularis und/oder der Nervus lingualis zeitweise oder dauerhaft geschädigt werden. Folgen sind eine teilweise oder komplette Taubheit oder Missempfindungen („Kribbeln“) im betäubten Bereich (Lippe, Zunge, Kieferkamm).

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich über die Risiken der Leitungsanästhesie aufgeklärt wurde.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzlich. Vertreter/in)

## Aufklärung über Fahruntüchtigkeit:

Wir weisen Sie darauf hin, dass nach einer örtlichen Betäubung die Reaktionsfähigkeit für 4 bis 6 Stunden eingeschränkt sein kann. Bitte beachten Sie dies besonders in Bezug auf das Fahren von Fahrzeugen, Maschinen etc. und hinsichtlich der Teilnahme am Straßenverkehr.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich entsprechend aufgeklärt wurde.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzlich. Vertreter/in)