



## Fachzahnärztliche Praxis Dr. Spörlein und Kollegen: Anamnesebogen

(bitte vollständig ausfüllen)

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil Tel.: \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ Postleitzahl, Ort: \_\_\_\_\_

Versicherung: \_\_\_\_\_ Versicherte Person: \_\_\_\_\_

Gesetzlich  Privat  Beihilfeberechtigt  Zusatzversicherung

Überweisender Zahnarzt: \_\_\_\_\_ Hausarzt: \_\_\_\_\_

Wir bitten Sie, diesen Anamnesebogen vollständig und sorgfältig auszufüllen, da jegliche Vorerkrankungen Auswirkungen auf Ihre zahnärztliche Behandlung haben. Dieser Bogen wird Ihrer persönlichen digitalen Karteikarte angefügt - Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Sind Sie aktuell in ärztlicher Behandlung?  Ja  Nein wenn ja, warum: \_\_\_\_\_

Haben Sie irgendwelche allgemeinen Erkrankungen?  Ja  Nein wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  Ja  Nein wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente?  Ja  Nein wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Haben Sie Allergien?  Ja  Nein wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Sind Sie Raucher?  Ja  Nein wenn ja, wieviel: \_\_\_\_\_

Besteht eine Schwangerschaft?  Ja  Nein wenn ja, SSW: \_\_\_\_\_

Haben Sie eine Gelenkprothese?  Ja  Nein wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Benötigen Sie eine Endokarditis-Prophylaxe?  Ja  Nein

Tragen Sie einen Herzschrittmacher?  Ja  Nein

### Haben Sie eine der nachstehenden Krankheiten?

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck (Hypertonie)                                | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung   | <input type="checkbox"/> Kreislauferkrankungen     |
| <input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck (Hypotonie)                             | <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen        | <input type="checkbox"/> Nervenerkrankungen        |
| <input type="checkbox"/> Virusinfektionen (HIV/Hepatitis)                            | <input type="checkbox"/> Lugerkrankungen          | <input type="checkbox"/> Anfallsleiden (Epilepsie) |
| <input type="checkbox"/> Knochenerkrankungen (Osteoporose)                           | <input type="checkbox"/> Nierenfunktionsstörungen | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankungen   |
| <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (Diabetis)                                  | <input type="checkbox"/> Rheuma                   | <input type="checkbox"/> erhöhter Augeninnendruck  |
| <input type="checkbox"/> weitere Erkrankungen, welche nicht aufgeführt wurden: _____ |   |  |

### Zahnärztliche Selbsteinschätzung:

Haben Sie Schmerzen im Kopf-Hals-Schulterbereich?  Ja  Nein Leiden Sie unter Ohrgeräuschen (Tinnitus)?  Ja  Nein

Haben Sie Schmerzen beim Kauen / Gähnen?  Ja  Nein Haben Sie aktuell Zahnschmerzen?  Ja  Nein

Machen Ihre Kiefergelenke Geräusche (Knacken)?  Ja  Nein Leiden Sie aktuell unter Zahnfleischbluten?  Ja  Nein

Knirschen Sie mit den Zähnen (tags/nachts)?  Ja  Nein Möchten Sie bei Ihrer Behandlung schlafen?  Ja  Nein

Sind Sie an Individualprophylaxe-Maßnahmen interessiert?  Ja  Nein

Dürfen wir Sie in unser Recall-Programm aufnehmen (Erinnerung zur jährlichen Kontrolluntersuchung)?  Ja  Nein

Ich bestätige, dass ich die Datenschutzerklärung der FAZH gelesen und verstanden habe.

Wir danken Ihnen für Ihre Angaben!

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_