



# PATIENTEN-ANAMNESEBOGEN

**Dr. von Plocki**

Zahnarztpraxis Liebenauer Feld

Liebe Patienten,  
willkommen in unserer Praxis. Für eine individuelle, komplikationslose Behandlung benötigen wir einige Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand. Bitte füllen Sie diesen Bogen vollständig aus.

Sobald sich etwas an diesen Angaben ändert, informieren Sie uns bitte unaufgefordert. Alle durch Sie gemachten Angaben unterliegen der zahnärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank!

## Anmeldung und Fragen zu Ihrer Gesundheit:

Name*	Vorname*	geb.*
Straße*		PLZ/Ort*
Telefon*		Mobil*
E-Mail	Beruf	*Pflichtangaben

- Gesetzlich versichert:       Zusatzversicherung / wenn ja, welche:
- Privat versichert:       Vollversichert / wenn ja, wo:
- Beihilfe / wenn ja, welche:
- Basistarif / wenn ja, welcher:
- Ja, die Praxis darf meine E-Mail-Adresse widerruflich zur direkten Kommunikation mit mir nutzen, z.B. Terminerinnerung
- Ja, die Praxis darf mich telefonisch kontaktieren, z.B. zwecks eventueller Terminverzögerungen, -verschiebungen.

### Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen (zutreffendes bitte ankreuzen)

#### Herz/Kreislauf

- Herzfehler
  - Angina Pectoris
  - Herzinfarkt
  - Herzmuskelentzündung
  - Herzklappenentzündung
  - Künstliche Herzklappe
  - Herzschrittmacher
  - Herzrhythmusstörungen
  - Endokarditis
  - Verengung der Herzkranzgefäße
  - Bypassoperation
  - Niedriger Blutdruck
  - Bluthochdruck
- oder

#### Gefäße

- Durchblutungsstörungen
  - Schlaganfall
  - Krampfadern
  - Thrombose
- oder

#### Atemwege/Lunge

- Asthma
- Lungenentzündung
- Tuberkulose

- Chronische Bronchitis
  - Lungenblähung/Lungenemphysem
  - Schlafapnoe
  - Schnarchen Sie?
- oder

#### Leber

- Gelbsucht/Hepatitis/A/B/C
  - Leberverhärtung
  - Fettleber
  - Gallensteine
- oder

#### Nieren/Blase

- Nierenentzündung
  - Dialysepflicht
  - Nierensteine
  - Blasenerkrankung
- oder

#### Magen/Darm

- Geschwür
  - Engstelle
  - Verdauungsstörungen
  - Sodbrennen
  - Refluxkrankheit
- oder

### Stoffwechsel

- Diabetes mellitus Typ I
  - Diabetes mellitus Typ II
  - Schilddrüsenüberfunktion
  - Schilddrüsenunterfunktion
  - Kropf
- oder

### Skelettsystem

- Rheuma
  - Arthrose
  - Gicht, Gelenkerkrankungen
  - Bandscheibenbeschwerden
  - Rückenschmerzen
  - Muskelschwäche
  - Muskelerkrankung
  - Fybromyalgie
- oder

### Nerven

- Krampfanfälle(Epilepsie)
  - Lähmungen
  - Depressionen
  - Angstzustände
  - Bulimie     ja     nein
- oder

**Sonstiges**

- Haut-/Geschlechtskrankheiten
- AIDS
- Tumorerkrankungen
- Osteoporose
- Kopfschmerzen/Migräne

**Augen**

- Grüner Star
  - Grauer Star
  - Starke Einschränkung der Sehkraft
  - Blindheit
- oder
- 

**Blut**

- Anämie
  - Gerinnungsstörungen, auch bei Blutsverwandten
  - häufiges Nasenbluten
  - blaue Flecken, auch ohne Verletzung
  - Nachbluten nach Operationen
- oder
- 

**Allergie/Überempfindlichkeit**

- gegen Nahrungsmittel, und zwar:
- 
- 
- 

- gegen Medikamente, und zwar:
- 
- 
- 

- Jod  Pflaster
  - Fruchtzucker
  - Heuschnupfen
  - Latex (Luftballon, Handschuhe)
- oder
- 

**Andere Erkrankungen oder Behinderungen:**

- Creutzfeldt-Jakob-Krankheit
- ja  nein

- Variante Creutzfeldt-Jakob-Krankheit
- ja  nein

sonstige

---



---



---

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?**

wenn ja, welche:

---



---



---

**Nehmen Sie regelmäßig eines der folgenden gerinnungshemmenden Medikamente ein?**

- Aspirin  Eliquis
- Marcumar  ASS
- Clopidogrel  Triclopedin
- Xarelto  Plavix
- Pradaxa

noch andere:

---

**Nehmen oder nahmen Sie jemals Bisphosphonate ein?**

(z.B. bei Osteoporose, Knochenmetastasen oder fibröser Dysplasie)

- ja  nein

**Haben Sie eines dieser Medikamente in den letzten Tagen eingenommen?**

wenn ja, welche Dosis?

---



---

**Rauchen Sie?**

- ja  nein

**Nehmen Sie regelmäßig Drogen/Alkohol zu sich?**

- ja  nein

**Traten/treten Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf?**

- ja  nein

**Wurden Sie in den letzten 12 Monaten im Kopfbereich geröntgt?**

- ja  nein

**Besteht eine Schwangerschaft?**

wenn ja, welche Schwangerschaftswoche? \_\_\_\_\_

**Einige Fragen zum Gesundheitszustand Ihrer Zähne:**

**Blutet Ihr Zahnfleisch beim Zähneputzen?**

- ja  nein

**Haben Sie Schmerzen beim Kauen?**

- ja  nein

**Stört ein Zahn beim Schließen, Kauen oder Schlucken?**

- ja  nein

**Pressen Sie unbewusst häufig die Zähne aufeinander?**

- ja  nein

**Haben Sie Schmerzen, wenn Sie den Mund weit öffnen?**

- ja  nein

**Leiden Sie häufig unter Kopfschmerzen?**

- ja  nein

**Haben Sie selbst das Gefühl, dass mit Ihren Zähnen alles in Ordnung ist?**

- ja  nein

Wenn Sie diese Frage mit Nein beantwortet haben: **Was stört Sie an Ihren Zähnen?**

---



---



---

**Ihr Behandlungswunsch:**

Ich wünsche eine möglichst kostengünstige Versorgung und nehme bewusst in Kauf, dass ich daher auf einige moderne Behandlungsmethoden verzichten muss. Die Behandlung soll sich auf das aktuell Notwendige beschränken.

Ich wünsche eine hochwertige Therapie unter Einbeziehung aller relevanten Möglichkeiten der modernen Zahnheilkunde. Eine ganzheitliche Betrachtung meines Gebisszustandes ist mir wichtig.

**Ich habe alle Fragen des Anamnesebogens verstanden und sie wahrheitsgemäß beantwortet. Wichtige Änderungen, die meinen Gesundheitszustand betreffen, habe ich Ihnen mitgeteilt:**

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Patient

**Bei erneuter Durchsicht:**

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

## Für Menschen mit Zahnarztangst: Interessieren Sie sich für die Behandlung unter Lachgas?

- ja  nein

Lachgas kann Ihnen während der Behandlung über eine Atemmaske verabreicht werden. Sie fühlen sich dadurch entspannt, angstfrei und verlieren das Gefühl für Zeit. Gleichzeitig sind Sie ansprechbar und können die Praxis danach wieder alleine verlassen, da die Wirkung des Lachgases nach Abnehmen der Maske sofort aufhört.

## Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen

Wir weisen Sie darauf hin, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann, und zwar sowohl durch die Behandlung an sich, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten.

## Aufklärung über die zahnärztliche Lokalanästhesie

Die örtliche Betäubung (Lokalanästhesie) dient dem Ausschalten des Schmerzempfindens im Zahn-, Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich. Durch sie können notwendige Behandlungen (z.B. Füllungen, Wurzelbehandlungen, Extraktionen, Operationen) in der Regel schmerzfrei durchgeführt werden. Überwiegend wird diese Körperregion vom Nervus trigeminus (einem Hirnnerven) mit Gefühl versorgt. Um diesen zu betäuben, wird die Lokalanästhesielösung möglichst dicht an kleinere Nervenfasern (Infiltrationsanästhesie) in den Zahnhalteapparat und Kieferknochen (intraalveoläre Anästhesie) oder in die Nähe eines der drei Hauptäste des Nerven (Leitungsanästhesie) platziert. Obwohl die Lokalanästhesie ein sicheres Verfahren zur Schmerzausschaltung ist, sind Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten der verwendeten Substanzen nicht unbedingt vermeidbar. Ferner kann es u.a. zu folgenden Komplikationen kommen:

### Hämatom (Bluterguss)

Durch Verletzung kleiner Blutgefäße können Blutungen in das umgebende Gewebe eintreten. Bei Einblutungen in einen der Kaumuskeln infolge der Injektion kann es zu einer Behinderung der Mundöffnung und Schmerzen, in ganz seltenen Fällen auch Infektionen kommen. Bitte informieren Sie uns darüber, damit eine geeignete Behandlung erfolgen kann. In der

Regel kommt es zu einer vollständigen Wiederherstellung der Funktion.

## Nervenschädigung

Bei der Leitungsanästhesie kann in sehr seltenen Fällen eine Irritation von Nervenfasern eintreten. Hierdurch sind vorübergehende bzw. dauerhafte Gefühlsstörungen möglich. Vor allem bei Injektionen im Unterkiefer kann eine Zungenhälfte, Unterkiefer- oder Lippenregion betroffen sein. Eine spezielle Therapie gibt es derzeit nicht; die spontane Heilung muss abgewartet werden. Bitte informieren Sie uns, wenn das Taubheitsgefühl nach maximal zwölf Stunden nicht vollständig abgeklungen ist.

## Selbstverletzung

Solange außer dem behandelten Zahn auch die umgebenden Weichteile wie Zunge, Wangen oder Lippen betäubt sind, verzichten Sie bitte auf die Nahrungsaufnahme um Bissverletzungen, Verbrennungen oder Erfrierungen zu vermeiden.

- ich möchte immer mit örtlicher Betäubung behandelt werden
- Ich möchte dies individuell entscheiden

## Wichtige Informationen:

Die allermeisten Behandlungsstühle sind leider nur bis 130 kg belastbar, so auch unsere. Wird dieses Gewicht überschritten, besteht die Gefahr, dass der Stuhl kippt oder die Hydraulik Schaden nimmt. Die Reparatur ist mit extrem hohen Kosten verbunden. Ebenso könnten Sie sich beim Sturz aus dem Behandlungsstuhl verletzen. Bitte weisen Sie uns in diesem Fall darauf hin, damit wir Ihnen mit Adressen von Praxen weiterhelfen können, die über spezielle Behandlungsstühle mit höherer Belastbarkeit verfügen.

## Organisatorisches

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Daher planen wir Behandlungszeiten ein, die nur für Sie bereitgestellt werden. Sollten Sie Ihren Termin nicht wahrnehmen, entsteht in unserer Praxis Leerlauf.

**Deshalb bitten wir Sie, falls Sie verhindert sind, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden, bei Terminen, die für 2 Stunden oder länger angesetzt sind, mindestens 48 Stunden vorher abzusagen.**

Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine nach Zeitaufwand und der geplanten Behandlung in Rechnung zu stellen!

Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Terminsystem eingebunden werden müssen - dadurch kann es in seltenen Fällen zu Zeitverzögerungen kommen. Sie werden dann umgehend informiert.

**Ich habe alle Fragen verstanden und sie wahrheitsgemäß beantwortet.**

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Patient

## Bei erneuter Durchsicht:

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

## Für unsere Praxis

**Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft?**

- ja  nein

**Möchten Sie von uns kostenlos daran erinnert werden, den nächsten Kontrolltermin zu vereinbaren?**

- ja  nein

**Möchten Sie von uns kostenlos daran erinnert werden, den nächsten Zahnreinigungstermin zu vereinbaren?**

- ja  nein

**Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?**

Internet / wenn ja, welche Suchbegriffe haben Sie eingegeben:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Telefonbuch
- Zeitschriftenwerbung
- Persönliche Empfehlung

**Verraten Sie uns durch wen?**

**Vielen Dank für Ihre Unterstützung!**