

Zahnärztliche Anamnese



Name, Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Wohnanschrift: _____

Geburtsort: _____

Telefonnummer: _____

Beruf: _____

Wir sind eine digitale und nachhaltige Praxis.

Im Zuge dessen benötigen wir Ihre E-Mail Adresse oder Handynummer.

Handynummer: _____ E-Mail Adresse: _____

Krankenkasse: _____

Haben Sie eine Zusatzversicherung? ☐ ja ☐ nein

Pflegestufe? ☐ ja Grad: _____ ☐ nein

Wiedereingliederungshilfe? ☐ ja ☐ nein

Sehr geehrte Patient/-innen,

um für Ihre Behandlung geeignete Medikamente und Behandlungsverfahren auswählen zu können, bitten wir Sie um die Beantwortung folgender Fragen zur allgemeinen Vorgeschichte.

Diese Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? _____

Haben Sie Angst vor zahnärztlichen Behandlungen?

Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden?

Gab es jemals Probleme bei zahnärztlichen Behandlungen?

Wenn ja, welche?: _____

Hatten Sie in den letzten 6 Monaten eine Operation? Welche? _____

ja nein

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

In dieser Praxis wird das Spektrum der konventionellen Zahnmedizin durch einen ganzheitlichen Ansatz erweitert:

Hierbei kommen u. a. moderne naturheilkundliche Verfahren, Homöopathie sowie die Akupunktur zum Einsatz.

HINWEIS: Die Verträge mit den Krankenkassen beinhalten nicht die Leistungen der ganzheitlichen Zahnmedizin.

Über eventuell anfallende Zusatzkosten werden Sie im VORFELD aufgeklärt.

Möchten Sie über naturheilkundliche Behandlungsalternativen aufgeklärt werden?

Haben Sie Interesse an begleitenden Therapien wie Akupunktur / Vitamin D-Therapie / Amalgamausleitung?

Wünschen Sie für längere Eingriffe eine Aufklärung zur möglichen Lachgasbehandlung?

ja nein

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

Anamnesefragen:

	ja	nein
1. Ist Ihre Kaufähigkeit beeinträchtigt? Lockerungen oder Zahnwanderungen beobachtet?	☐	☐
2. Wurde bei Ihnen eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt?	☐	☐
3. Haben Sie manchmal Schmerzen oder ein Spannungsgefühl im Kiefer- / Gesichtsbereich?	☐	☐
4. Leiden Sie unter chronischen Kopf-, Hals- oder Schulterschmerzen?	☐	☐
5. Leiden Sie unter Zahnfleischbluten / Mundgeruch / Mundtrockenheit?	☐	☐
6. Leiden Sie an Unverträglichkeiten oder Allergien?	☐	☐
Wenn ja, welche?: _____		
7. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente / Nahrungsergänzungsmittel / homöopathische Mittel ein?	☐	☐
Wenn ja, welche?: _____		
Bitte legen Sie uns Ihren Medikamentenplan vor!		
8. Besteht eine erhöhte Blutungsneigung?	☐	☐
9. Nehmen Sie Drogen, Betäubungsmittel oder ähnliche Substanzen (zB Cannabis)?	☐	☐
Wenn ja, welche?: _____		
10. Dürfen wir Alkohol zum Desinfizieren benutzen?	☐	☐
11. Rauchen Sie? (Zigaretten, E-Zigaretten, Shisha?)	☐	☐
Wenn ja, was und wieviel?: _____		
12. Ernähren Sie sich vegan / vegetarisch / Vollwertkost? Welche Ernährungsform: _____	☐	☐

Besteht oder bestand eine der folgenden Erkrankungen? (zutreffendes unterstreichen bzw bei Sonstiges)

	ja	nein		ja	nein
Erkrankungen des Herzens?	☐	☐	Herzinfarkt / Schlaganfall?	☐	☐
Herzschrittmacher / Bypass - OP / künstliche Herzklappe?	☐	☐	Blutgerinnungsstörungen?	☐	☐
Kreislaufbeschwerden / hoher / niedriger Blutdruck?	☐	☐	Nierenerkrankung / Dialyse?	☐	☐
Lebererkrankungen / Gelbsucht / Hepatitis?	☐	☐	Lungenerkrankungen?	☐	☐
Epilepsie oder Anfallsleiden?	☐	☐	Asthma / Atemnot?	☐	☐
Infektionskrankheiten (Hepatitis / HIV)?	☐	☐	Tuberkulose?	☐	☐
Rheuma / Arthrose / Osteoporose?	☐	☐	Schilddrüsenerkrankung?	☐	☐
Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)?	☐	☐	Tumorerkrankungen?	☐	☐
Psychische Erkrankungen oder Depressionen?	☐	☐	Augenerkrankung / Glaukom	☐	☐

Besteht eine Schwangerschaft? ☐ nein ☐ ja, SSW: _____

Sonstiges Erkrankungen / Umstände: _____

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes oder Ihrer Medikamenteneinnahme mit.

Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen oder einhalten können, so bitten wir um eine Absage spätestens 24 Stunden vorher oder um Vorlage einer Krankenbescheinigung.

Bei Nichteinhalten von Terminen behalten wir uns vor, einen Anspruch auf Ersatz des Ausfallschadens gemäß §§ 615, 293 BGB geltend zu machen. Die Höhe des Ausfallhonorars entspricht kalkulatorisch der entsprechenden Leistung des versäumten Termins bzw. der durchschnittlichen Kosten der Praxisstunde.

Ort, Datum:

Unterschrift: