

# Anamnesebogen

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.  
(Diese Daten werden aller 2 Jahre aktualisiert)



ZAHNARZTPRAXIS  
DR. KIRCHNER

## Persönliches:

\_\_\_\_\_  
Name / Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
E-Mail Adresse

▪ **Zahnzusatzversicherung?**  Ja  Nein

(z.B. für Mehrkostenfüllungen,  
Professionelle Zahnreinigung &  
Prothesenreinigung)

▪ **Bonusheft vorhanden?**  Ja  Nein **(Bitte zur Einsicht vorlegen !!!)**

▪ **Röntgenpass vorhanden?**  Ja  Nein

▪ **Mein Hausarzt** (für Not- und Zwischenfälle) : \_\_\_\_\_

▪ **Möchten Sie kostenfrei per E- Mail an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnert werden? (Recallsystem)**

Ja  Nein

**Unterschrift** \_\_\_\_\_

## Besteht oder bestanden bei Ihnen folgende Erkrankungen? (Zutreffendes ankreuzen)

### **Herz/Kreislauf:**

- hoher Blutdruck
- niedriger Blutdruck
- Angina pectoris
- Herzschwäche
- Herzinfarkt
- Herzmuskelentzündung
- Herzklappenentzündung
- künstliche Herzklappe / Bypass
- Rhythmusstörungen
- Herzschrittmacher
- Schlaganfall

### **Blut:**

- Thrombose
- Gerinnungen  
(Nachbluten nach OPs,  
häufiges Nasenbluten; schnell blaue Flecken)

### **Gerinnungshemmende Medikamente:**

- Plavix/Iscover/Clopidogrel/Xarelto/ Lyxantin
- Marcumar/Phenprocoumon
- Aspirin/ASS
- oder andere \_\_\_\_\_

### **Atemwege/Lunge:**

- chronische Bronchitis
- Lungenentzündung
- Tuberkulose
- Asthma
- Schlafapnoe

### **Augen:**

- Grüner Star / Grauer Star

### **Skelettsystem/Knochen:**

- Osteoporose/Knochenabbau
- Gelenkerkrankungen/Rheuma

### **Stoffwechsel:**

- Zuckerkrankheit
- Schilddrüsenunter-/überfunktion

### **Nerven/Gemüt:**

- Epilepsie
- Depressionen / Angstzustände
- Demenz

**Bitte wenden! RÜCKSEITE!**

**Leber:**

- Leberzirrhose  
 Hepatitis      **A**      **B**      **C**

**Magen/Darm:**

- Verdauungsstörungen  
 Refluxkrankheit  
 Morbus Crohn/Colitis ulcerosa

**Allergien:**

- Nahrungsmittel  
 Antibiotika (z.B. Penicillin)  
 Schmerzmittel

**Regelmäßige Medikamente:**

- Blutdruckmedikamente  
 Psychopharmaka  
 Herzmedikamente  
 Rheumamittel  
 Schmerzmittel

**Weitere Angaben:**

▪ Besteht ein Pflegegrad?       Ja       Nein

▪ Betreuer/ Vormund?       Ja       Nein

▪ Sind Sie schwanger?       Ja       Nein

▪ Risikoschwangerschaft?       Ja       Nein

▪ Rauchen Sie?       Ja       Nein

▪ **ungewöhnliche Reaktionen auf zahnärztl. Behandlungsmaßnahmen, z.B. bei**

- Spritzen (verzögerte Reakt. auf Injektion)  
 Medikamente, Einlagen, Spülungen

▪ **Besteht eine Unverträglichkeit gegenüber Alkoholischen Mundspüllösungen?**

**Nieren:**

- Nierensteine  
 Nierenentzündung  
 Dialysepflichtig

**Immunschwäche:**

- Blutkrebs  
 AIDS/HIV  
 Bestrahlung/Chemotherapie

Latex

Metalle

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Bisphosphonate

Antibiotika (letzte 3 Monate)

Cortison

Osteoporosemittel

Antibabypille

Wenn Ja, Pflegegrad: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

▪ **Auffälligkeiten im Mund/Zahn-Bereich:**

- temperaturempfindliche Zähne  
 Zahnfleischbluten/Parodontitis  
 Stellungsveränderung der Zähne oder Lockerung der Zähne  
 Zahnverlust durch Karies  
 Schnarchen  
 Zähneknirschen

Ja       Nein

Ja       Nein

Die obigen Angaben entsprechen meinem derzeitigen Kenntnisstand.

Ich willige der Erhebung, der elektronischen Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten unter Beachtung der einschlägigen Vorschriften der nationalen Datenschutzgesetze sowie der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) ein.

Die Patienteninformation zur Datenschutz-Grundverordnung liegt im Wartezimmer aus.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Aktualisiert:** \_\_\_\_\_  
(Datum + Unterschrift)