



# Zahnzentrum Rhein-Main

Frankfurt • Neu-Isenburg • Offenbach • Nidderau • Gelnhausen

## Anamnesebogen für Erwachsene

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

ein Zahnarztbesuch ist Vertrauenssache. Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen. Um Ihre Behandlung optimal auf Sie abstimmen zu können, bitten wir Sie, alle drei Seiten dieses Bogens vollständig auszufüllen. Falls Sie gesundheitliche Probleme haben, kreuzen Sie bitte die entsprechenden Beschwerden an. Das hilft uns, eventuelle Risiken bei der Behandlung zu vermeiden.

Um Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen, wird unsere Praxis nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet, dass wir die vereinbarte Behandlungszeit für Sie reservieren. Das heißt aber auch, dass die Praxis eventuell stillsteht, wenn Sie einen Termin nicht einhalten. Wir bitten Sie daher herzlich, uns mindestens einen Tag vorher zu informieren, wenn Sie einen Termin aus wichtigem Grund nicht wahrnehmen können.

Nennen Sie uns auch Ihre Wünsche und teilen Sie uns mit, worauf Sie beim Zahnarzt besonderen Wert legen.

### Anmeldung Patient

weiblich  männlich

Name \_\_\_\_\_ Vorname/Titel \_\_\_\_\_ Geb.-Datum 

Tag	Monat	Jahr
-----	-------	------

  
Straße \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_ Arbeitgeber \_\_\_\_\_  
Krankenkasse \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_ Muttersprache \_\_\_\_\_

### Versicherter (Eltern, Ehegaten)

weiblich  männlich

Name \_\_\_\_\_ Vorname/Titel \_\_\_\_\_ Geb.-Datum 

Tag	Monat	Jahr
-----	-------	------

  
Straße \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_ Arbeitgeber \_\_\_\_\_  
Krankenkasse \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

### Versicherungsverhältnis

Gesetzlich versichert  Privat versichert  Nur Basistarif  
 Freiwillig versichert  Beihilfeberechtigt  Private Zusatzversicherung

### Grund meines Zahnarztbesuches

Kontrolluntersuchung  Zahnfleischbluten  Neuer Zahnersatz  
 Zweite Meinung  Mundgeruch  Unzufriedenheit  
 Zahnschmerzen  Kiefergelenkprobleme  mit dem Aussehen der Zähne  
 Zahnlockerungen  Zähneknirschen  Sonstiges  
 Zahnfehlstellungen  Probleme mit Zahnersatz

### Meine besonderen Anliegen und Wünsche

Mundgesundheitsvorsorge (Karies-/ Parodontose-Prophylaxe)  Amalgamentfernung/-sanierung  Ästhetische Zahnbehandlung  
 Zahnfleischbehandlung  Kiefergelenkbehandlung  Bleaching / Zahnaufhellung  
 Mundgeruchbehandlung  Kieferorthopädie  Behandlung unter Vollnarkose  
 Keramikkrone und -brücken  Keramik-Inlays  Implantate  
 Zahnersatz  Veneers (Keramik-Verblendschalen)  
 Sonstiges \_\_\_\_\_

### Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung durch (bitte Namen angeben) \_\_\_\_\_  
 Internet (bitte Adresse angeben) \_\_\_\_\_  Gelbe Seiten  
 Sonstiges \_\_\_\_\_

Bitte wenden 



## Angaben zu Ihren Zähnen und Zahnbehandlungen – Spezielle zahnärztliche Anamnese –

Erkrankungen der Zähne, des Zahnhalteapparates, des Kiefergelenkes und der Kaumuskelatur können Auswirkungen auf den gesamten Organismus des menschlichen Körpers haben. Bitte machen Sie nachfolgend genaue Angaben zu vorausgegangenen Behandlungen, akuten Beschwerden und dem aktuellen Zustand Ihrer Zähne, damit wir Ihre Behandlung darauf abstimmen können. Falls vorhanden, bringen Sie bitte vorhandene Behandlungsunterlagen wie z.B. Ihren Allergiepass (z.B. Materialunverträglichkeiten auf zahnmedizinische Werkstoffe), Röntgenbilder usw. zu Ihrem ersten Termin mit. Vielen Dank!

### Ihre speziellen Wünsche an die Behandlung:

- Ich leide unter Zahnarztphobie
- Ich möchte nur mit örtlicher Betäubung behandelt werden
- Ich möchte nur bei schmerzhaften Eingriffen eine Betäubung
- Ich möchte genau über die Behandlung informiert werden
- Ich möchte so wenig wie möglich über die Behandlung wissen
- Ich wünsche meine Behandlung in Narkose
- Sonstige: \_\_\_\_\_

### Folgende Unterlagen bringe ich zur Erstuntersuchung mit:

- Bonusheft
- Allergiepass
- Röntgenpass
- Röntgenbilder
- Parodontal-Status
- Kiefergelenkstatus (CMD)
- Vorsorgeuntersuchungsheft
- Behandlungsplan
- Gutachten
- Sonstige: \_\_\_\_\_

### Ihre letzte zahnärztliche Kontrolluntersuchung/-behandlung

- Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft? (Eintragungen der letzten 5 Jahre)  Ja  Nein
- Wann war die letzte zahnärztliche Kontrolluntersuchung? Vor \_\_\_\_\_ Jahren / Vor \_\_\_\_\_ Monaten
- Wurden bei den letzten Kontrolluntersuchungen Auffälligkeiten an Zähnen, Zahnfleisch und Kiefergelenk festgestellt?
- Nein  Ja und zwar:  Zähne  Zahnhalteapparat/Zahnfleisch  Kiefergelenk/Funktion
- Sonstiges: \_\_\_\_\_
- Wurde eine spezielle Therapie in Erwägung gezogen bzw. ein Behandlungsplan erstellt?  Ja  Nein
- Wenn ja, was waren die Gründe, warum die Behandlung nicht erfolgte? Vor \_\_\_\_\_ Jahren / Vor \_\_\_\_\_ Monaten

### Ihre vorausgegangenen zahnärztlichen Behandlungen

- Wurden bei Ihnen **Kieferoperationen** (z.B.: Weisheitszahnentfernung) durchgeführt?  Ja  Nein
- Wurden bei Ihnen Behandlungen unter Vollnarkose durchgeführt?  Ja  Nein
- Hatten Sie als Kind eine Zahnspange, Klammer oder waren Sie sonst in **kieferorthopädischer Behandlung**?  Ja  Nein
- Wenn ja, wann wurde die Behandlung abgeschlossen? Vor \_\_\_\_\_ Jahren / Vor \_\_\_\_\_ Monaten
- Wurden Zähne überkront und/oder tragen Sie **Zahnersatz**?  Ja  Nein
- Wenn ja, wann wurden zuletzt Kronen/Zahnersatz eingegliedert? Vor \_\_\_\_\_ Jahren / Vor \_\_\_\_\_ Monaten
- Haben Sie Probleme mit Ihren Kronen/Ihrem jetzigen Zahnersatz (sofern vorhanden)?  Ja  Nein
- Neigen Sie zu Zahnfleischbluten oder haben akute Beschwerden mit dem Zahnfleisch?  Ja  Nein
- Wurde bei Ihnen schon mal eine **Zahnfleischbehandlung** (Parodontitisbehandlung) durchgeführt?  Ja  Nein
- Wenn ja, wann wurde die Behandlung abgeschlossen? Vor \_\_\_\_\_ Jahren / Vor \_\_\_\_\_ Monaten
- Wurde bei Ihnen eine **professionelle Zahnreinigung** durchgeführt?  Ja  Nein
- Wenn ja, wann wurde die Behandlung durchgeführt? Vor \_\_\_\_\_ Jahren / Vor \_\_\_\_\_ Monaten
- Wurde bei Ihnen bereits das **Kiefergelenk** speziell untersucht und/oder bezüglich Funktionsstörungen, auf eine sogenannte **CMD, Cranio-Mandibuläre Dysfunktion** hin behandelt?  Ja  Nein

### CMD-Screening

- Ist Ihre Unterkieferbeweglichkeit eingeschränkt?  Ja  Nein
- Leiden Sie unter Schmerzen in der Ohr- und Kiefergelenkregion?  Ja  Nein
- Beobachten Sie Knack- oder Reibungsgeräusche beim Öffnen oder Schließen des Mundes?  Ja  Nein
- Leiden Sie unter Ohrgeräuschen oder Tinnitus?  Ja  Nein
- Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Biss nicht stimmt?  Ja  Nein
- Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?  Ja  Nein
- Hatten Sie jemals einen Unfall mit Schädigungen im Hals-/Kopfbereich?  Ja  Nein
- Leiden Sie unter Kopfschmerzen oder Migräne?  Ja  Nein
- Haben Sie Verspannungen der Nacken- und/oder Schultermuskulatur?  Ja  Nein
- Haben Sie Gleichgewichtsstörungen oder Schwindelgefühl?  Ja  Nein
- Leiden Sie unter Schlafstörungen (Schnarchen, Atemaussetzer) mit Tagesmüdigkeit?  Ja  Nein





## Angaben zum Gesundheits-Zustand – Ärztliche Anamnese –

**Krankheiten, Allergien und Unverträglichkeiten aller Art** können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte machen Sie nachfolgend genaue Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand, damit wir Ihre Behandlung darauf abstimmen können. Falls vorhanden, bringen Sie bitte Ihren **Allergie-Pass** zu Ihrem ersten Termin mit. Falls Sie laufend oder zurzeit **Medikamente** einnehmen, tragen Sie bitte auch diese unten ein. Vielen Dank!

**Nehmen Sie zurzeit Medikamente?**  Ja  Nein **Wenn ja, welche?** \_\_\_\_\_

**Besteht bei Ihnen eine Allergie?**  Ja  Nein **Wenn ja, welche?** \_\_\_\_\_

**Sind Sie Raucher?**  Ja  Nein **Menge pro Tag:** \_\_\_\_\_

**Für Patientinnen: Sind Sie schwanger?**  Ja  Nein **Wenn ja, welche Woche?** \_\_\_\_\_

### Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck                      | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (Diabetes) | <input type="checkbox"/> Immunschwäche (HIV/AIDS)                          |
| <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck                          | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfunktion   | <input type="checkbox"/> Hepatitis A                                       |
| <input type="checkbox"/> Ohnmachtsneigung                         | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenunterfunktion  | <input type="checkbox"/> Hepatitis B                                       |
| <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen                   | <input type="checkbox"/> Asthma/Lungenkrankheit     | <input type="checkbox"/> Hepatitis C                                       |
| <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz/-Fehler                 | <input type="checkbox"/> Nervenerkrankungen         | <input type="checkbox"/> Tuberkulose                                       |
| <input type="checkbox"/> Künstliche Herzklappen                   | <input type="checkbox"/> Depressionen/Psychosen     | <input type="checkbox"/> Tumorerkrankungen<br>(Bestrahlung, Chemotherapie) |
| <input type="checkbox"/> Endokarditis/<br>Herzinnenhautentzündung | <input type="checkbox"/> Migräne                    | <input type="checkbox"/> Geschlechtskrankheiten                            |
| <input type="checkbox"/> Herzoperationen                          | <input type="checkbox"/> Epilepsie                  | <input type="checkbox"/> Hautkrankheiten                                   |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher                        | <input type="checkbox"/> Rheuma/Arthritis/Gicht     | <input type="checkbox"/> Nasennebenhöhlenerkrankungen                      |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen                    | <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen          | <input type="checkbox"/> Röteln, Mumps, Masern                             |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt                              | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankungen    | <input type="checkbox"/> Scharlach   |
| <input type="checkbox"/> Angina pectoris                          | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen         | <input type="checkbox"/> regelmäßiger Alkoholkonsum                        |
| <input type="checkbox"/> Bypass                                   | <input type="checkbox"/> Dialyse                    | <input type="checkbox"/> regelmäßiger Drogenkonsum                         |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall                             | <input type="checkbox"/> Grüner Star/Glaukom        | <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen                           |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____                         | <input type="checkbox"/> Grauer Star                |  |

**Wer ist Ihr Hausarzt?** \_\_\_\_\_ **Tel.-Nr.:** \_\_\_\_\_

### Bei welchem der folgenden Fachärzte/Therapeuten sind Sie derzeit in Behandlung?

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Internist              | <input type="checkbox"/> Physiotherapeut | <input type="checkbox"/> Schlaf-Klinik    |
| <input type="checkbox"/> Kardiologe             | <input type="checkbox"/> Osteopath       | <input type="checkbox"/> Kieferorthopädie |
| <input type="checkbox"/> Hals-Nasen-Ohren- Arzt | <input type="checkbox"/> Heilpraktiker   | <input type="checkbox"/> Augenarzt        |
| <input type="checkbox"/> Logopäde               | <input type="checkbox"/> Orthopäde       | <input type="checkbox"/> CMD-Klinik       |

### Wenn Sie wegen einer der genannten Erkrankungen in Behandlung sind:

Wer ist der behandelnde Arzt? \_\_\_\_\_ **Tel.-Nr.:** \_\_\_\_\_

### Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungsterminen

Wir machen Sie darauf aufmerksam, 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.

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben, sowie meine Zustimmung der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten gemäß ausliegender Patienteninformation zum Datenschutz.**

**Für den Fall, dass sich etwas an diesen hier gemachten Angaben ändert, werde ich meine(n) Zahnärztin / Zahnarzt hierüber vor der nächsten Behandlung in Kenntnis setzen.**

Ort / Datum

Unterschrift