

Dr. med. dent.

u t z m a u s

zahnarzt

rheinstraße 7

53639 Königswinter

Tel: 02223-91680

Dr. med. dent.

c h r i s t i n a m a u s

zahnärztin

praxis@zahnarzt-maus.de

www.zahnarzt-maus.de

## Anamnesebogen

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

### Persönliches

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

Straße / Nr. \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Tel. Festnetz \_\_\_\_\_ Tel. mobil \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Krankenkasse / private Krankenversicherung \_\_\_\_\_

gesetzlich versichert  ja  nein Zusatzversicherung  ja  nein

privat versichert  ja  nein beihilfeberechtigt  ja  nein Basistarif  ja  nein

Haben Sie einen Pflegegrad nach §15 SGB XI  ja  nein

oder eine Eingliederungshilfe nach §53 SGB XII  ja  nein

### Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

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

Straße / Nr. \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

### Wer ist Ihr Hausarzt?

Name \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

### Hinweise zur Organisation

**Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte sagen Sie ihn mindestens 24 Stunden vorher ab. Vielen Dank dafür!**

### Hinweise zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann. Dies kann sowohl durch die Behandlung selbst, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten hervorgerufen werden. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi, das Sie sicher nach Hause bringt.

### In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

von Bekannten empfohlen  Telefon- / Branchenbuch  Zeitungsanzeige

Überweisung von \_\_\_\_\_

Internet, über die Seite \_\_\_\_\_  Sonstiges \_\_\_\_\_

Dr. med. dent.

**u t z m a u s**  
zahnarzt

Dr. med. dent.

**c h r i s t i n a m a u s**  
zahnärztin

rheinstraße 7

53639 Königswinter  
Tel: 02223-91680

praxis@zahnarzt-maus.de  
www.zahnarzt-maus.de

### Warum suchen Sie uns auf? Wünschen Sie eine/n

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> Routinekontrolle  | <input type="radio"/> neuen Zahnersatz |
| <input type="radio"/> Beratung          | <input type="radio"/> „zweite Meinung“ |
| <input type="radio"/> Schmerzbehandlung | <input type="radio"/> andere Gründe:   |

**Beantworten Sie die nächsten Fragen bitte gewissenhaft.**

**Sie helfen uns damit, Risiken in der Behandlung zu vermeiden und sie Bestmöglichst zu beraten.**

### Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der / des ...

- |                    |                          |                            |
|--------------------|--------------------------|----------------------------|
| Kreislaufs         | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Leber              | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Nieren             | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Schilddrüse        | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Magen-Darm-Traktes | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Gelenke (Rheuma)   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Wirbelsäule        | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

### Haben oder hatten Sie ...

- |   |                          |                            |
|---|--------------------------|----------------------------|
| hohen Blutdruck <input type="checkbox"/>  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| niedrigen Blutdruck   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Diabetes  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Zahnfleischbluten <input type="checkbox"/>  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Ohrensausen / Tinnitus  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Osteoporose   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Epilepsie   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Grünen Star   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Tuberkulose   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| HIV (Aids)  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Hepatitis   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Wenn ja, welcher Typ? <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C |                          |                            |
| Allergien   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

Wenn ja, wogegen? \_\_\_\_\_

eine Gelenkprothese  ja  nein  
(z.B. künstliches Knie- oder Hüftgelenk)  ja  nein

Wenn ja, wo genau? \_\_\_\_\_

### Sonstige Infektionen / Erkrankungen:

#### Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie...

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> Stents                | <input type="radio"/> Bypass                |
| <input type="radio"/> Herzschrittmacher     | <input type="radio"/> Herzinfarkt           |
| <input type="radio"/> Herzklappenentzündung | <input type="radio"/> künstliche Herzklappe |
| <input type="radio"/> Angina Pectoris       | <input type="radio"/> _____                 |

#### Medikamente: Nehmen Sie ...

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> Herzmedikamente                                   | <input type="radio"/> Cortison (Kortikoide) |
| <input type="radio"/> Schmerzmittel                                     | <input type="radio"/> Antidepressiva        |
| <input type="radio"/> blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar®, ASS? |   |
| <input type="radio"/> andere Medikamente:                               |   |

### Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten?

- ja  nein

Wenn ja, welche?

### Für unsere Patientinnen

Sind Sie schwanger  ja  nein

Wenn ja, in welcher Woche? \_\_\_\_\_

### Zum Schluss

Knirschen Sie mit den Zähnen?  ja  nein

Rauchen Sie?  ja  nein

Schnarchen Sie?  ja  nein

Leiden Sie unter Tagesmüdigkeit?  ja  nein

Haben Sie fremdbeobachtete Atemaussetzer in der Nacht?

- ja  nein

**Wir danken Ihnen für Ihre Zeit und stehen Ihnen gerne für Fragen zur Verfügung.**

**Ihr Team der Gemeinschaftspraxis Dr. Utz Maus und Dr. Christina Maus**

Datum

Unterschrift (Patient/gesetzlicher Vertreter)

(Namen des gesetzlichen Verteters bitte in Blockbuchstaben neben die Unterschrift schreiben)