

Dr. med. dent. <b>u t z m a u s</b> zahnarzt	Dr. med. dent. <b>c h r i s t i n a m a u s</b> zahnärztin	rheinstraße 7 53639 Königswinter Tel: 02223-91680	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 Krankenversicherungsmitglied 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

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

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

- Routinekontrolle
- Beratung
- Schmerzbehandlung
- neuen Zahnersatz
- „zweite Meinung“
- andere Gründe:

**Beantworten Sie die nächsten Fragen bitte gewissenhaft. Sie helfen uns damit, Risiken in der Behandlung zu vermeiden und Sie bestmöglich zu beraten.**

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

- Kreislaufs  ja  nein
- Leber  ja  nein
- Nieren  ja  nein
- Schilddrüse  ja  nein
- Magen-Darm-Traktes  ja  nein
- Gelenke (Rheuma)  ja  nein
- Wirbelsäule  ja  nein

**Haben oder hatten Sie ...**

- hohen Blutdruck  ja  nein
- niedrigen Blutdruck  ja  nein
- Diabetes  ja  nein
- Zahnfleischbluten  ja  nein
- Ohrensausen / Tinnitus  ja  nein
- Osteoporose  ja  nein
- Epilepsie  ja  nein
- Grünen Star  ja  nein
- Tuberkulose  ja  nein
- HIV (Aids)  ja  nein
- Hepatitis  ja  nein
- Wenn ja, welcher Typ?  A  B  C
- Allergien  ja  nein

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

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

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

**Sonstige Infektionen / Erkrankungen:**

\_\_\_\_\_

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

- Stents
- Herzschrittmacher
- Herzklappenentzündung
- Angina Pectoris
- Bypass
- Herzinfarkt
- künstliche Herzklappe
- \_\_\_\_\_

**Medikamente: Nehmen Sie ...**

- Herzmedikamente
- Schmerzmittel
- blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar®, ASS?
- andere Medikamente:
- Cortison (Kortikoide)
- Antidepressiva

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**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.)