



DR. MED. DENT. SILKE RAITAROWSKY

ZAHNÄRZTIN

Kaiser-Friedrich-Promenade 65 · 61348 Bad Homburg v.d.H.

### Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Bitte nehmen Sie sich einige Minuten Zeit, um den vorliegenden Anamnesebogen vollständig auszufüllen. Alle Daten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

### Ihre persönlichen Daten

Patient: .....

Name

Vorname

Geburtsdatum

Mitglied: .....

Name

Vorname

Geburtsdatum

Anschrift: .....

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Wohnort

Beruf: .....

Arbeitgeber: .....

Tagsüber erreichbar unter der Telefonnummer: .....

Sie sind privat versichert ja  nein   
gesetzlich pflichtversichert ja  gesetzlich freiwillig versichert ja

Ihre Versicherung / Krankenkasse: .....

Sie sind beihilfeberechtigt ja  nein

### Allgemeinmedizinische Anamnese

(Zutreffendes ankreuzen bzw. unterstreichen)

1. Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung - wenn ja, bei welchem Arzt? ja  nein   
Hausarzt ..... Facharzt .....

2. Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht - wenn ja, welche? ja  nein

3. Benötigen Sie ständig Medikamente - wenn ja, welche? ja  nein

4. Hatten oder haben Sie eine der nachfolgend aufgeführten Krankheiten?

Herz-Kreislauf: Infarkt ..... Endokarditis

Blutdruck zu hoch / zu niedrig

Epileptische Anfälle / Krämpfe

Stoffwechsel: Zuckerkrankheit / Schilddrüsenerkrankung /

Bauchspeicheldrüsenerkrankung

Lunge und Atemwege: Asthma / Bronchitis / Tuberkulose

Hals-Nasen-Ohren: Kiefer- bzw. Stirnhöhlenerkrankung / Mandeln

Blutgefäße: Durchblutungsstörungen / Thrombose / Krampfadern

Blutgerinnungsstörungen

Erkrankungen der Leber / Galle / Magen

Infektionskrankheiten: Gelbsucht / AIDS

Haut bzw. Schleimhaut: Ausschlag / Allergie / Heuschnupfen / Herpes / Pilzinfektion

Haben Sie einen Allergiepass? ja  nein

Allergie auf .....

Erkrankungen der Wirbelsäule / Gelenke / Muskulatur

Rheumatische Erkrankungen: Weichteilrheumatismus / Gelenkrheumatismus

5. Sonstige ernsthafte Erkrankungen, insbesondere gesetzlich meldepflichtige?

(Fortsetzung auf der Rückseite)

6. Leiden Sie häufig an:
- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Kopfschmerzen oder Migräne              | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Schlafstörungen                         | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Schmerzen im Gesicht                    | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Trockenem Mund oder starkem Durstgefühl | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Erkältungs- oder Infektionskrankheiten  | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Nacken- und/oder Rückenschmerzen        | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
7. Unterliegen Sie leicht Stimmungsschwankungen ja  nein
8. Liegt eine Schwangerschaft vor - wenn ja?  
Im wievielten Schwangerschaftsmonat befinden Sie sich? .....

### Zahnärztliche Anamnese

(Zutreffendes ankreuzen bzw. unterstreichen)

- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Haben Sie Schmerzen - wenn ja:<br>Wo? Zähne Wann? immer / nachts / beim Essen / heiß / kalt<br>Zahnfleisch beim Beißen / auf Druck / beim Bücken | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 2. Haben Sie schon eine zahnärztliche Spritze erhalten - wenn ja:<br>Hatten Sie irgendeine außergewöhnliche Reaktion? .....                         | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 3. Haben Sie Probleme mit Ihrem Zahnfleisch?<br>Blutung / Rückgang / Brennen  | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 4. Beobachten Sie, dass Zähne wandern?  | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 5. Beobachten Sie Zahnlockerungen und/oder Überempfindlichkeiten?   | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 6. Beißen Sie Speisereste zwischen den Zähnen ein?  | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 7. Haben Sie manchmal / häufig einen schlechten Geschmack im Mund<br>oder Mundgeruch  | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 8. Hatten Sie eine kieferorthopädische Behandlung?  | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 9. Hatten Sie eine Parodontosebehandlung?   | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 10. Hatten Sie einen Unfall mit Verletzungen der Halswirbelsäule,<br>des Gesichts oder des Kiefers?   | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 11. Haben oder hatten Sie jemals Schmerzen oder Probleme<br>bei der Mundöffnung / der Unterkieferbewegung / beim Kauen                              | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 12. Ist Ihnen oder einem Angehörigen aufgefallen, dass Sie<br>mit den Zähnen knirschen oder die Zähne aufeinander pressen?                          | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 13. Haben Sie schon einmal festgestellt, dass bei Unterkieferbewegungen<br>die Kiefergelenke reiben / knacken / klemmen / sich verhaken?            | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 14. Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden - wenn nein:<br>Warum nicht? Farbe / Form / Stellung .....                                      | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 15. Wurden Ihre Zähne innerhalb des vergangenen Jahres geröntgt - wenn ja:<br>Wann? ..... Bei wem? .....  | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

### Endlich haben Sie es geschafft!

Nochmals vielen Dank, dass Sie alle Fragen so sorgfältig beantwortet haben. Sollte Ihnen das Ausfüllen des Bogens bei einem Thema Probleme bereitet haben, so sprechen Sie uns an. Je besser wir über Sie informiert sind, desto besser können wir Sie behandeln. Im Falle dass Sie einen Termin nicht einhalten können möchten wir Sie bitten, spätestens 24 Stunden vorher abzusagen. Sollten das nicht der Fall sein, behalten wir uns vor, Ihnen die ausgefallene Behandlungszeit nach GOZ/GOÄ in Rechnung zu stellen, falls diese Zeit nicht ersatzweise besetzt werden kann. Vielen Dank für Ihre Mühe.

Bad Homburg v. d. H., den ..... Unterschrift .....