

# Anamnesebogen

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Wir bitten Sie, nachfolgende Fragen sorgfältig zu lesen und zu beantworten bzw. zusätzliche Angaben handschriftlich einzutragen.

Arnulfstraße 31  
80636 München  
Tel.: 0 89 – 2 00 62 95 70  
Fax: 0 89 – 2 00 62 95 79  
info@jacobi-fendt.de  
www.jacobi-fendt.de

## Patient

Name Titel  
Vorname geb.

## Kontaktdaten Patient

Str., Nr.  
PLZ Ort  
Tel. Mobil  
E-Mail Beruf

Vorbeugen ist immer noch die beste Therapie. Daher bieten wir Ihnen unser Recallsystem an, wodurch Sie automatisch per E-Mail an die nächste Kontrolluntersuchung erinnert werden.

Ich wünsche eine Teilnahme am Recallsystem per

E-Mail  Post

## Hausarzt

Name  
Str., Nr.  
PLZ Ort  
Tel. Fax  
E-Mail

## Versicherung

privat, Name der Versicherung:

gesetzlich, Name der Versicherung:

Bei gesetzlicher Versicherung: besteht eine Zusatzversicherung? Wenn ja, welche?

Name der Gesellschaft

## Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Empfehlung von:

Überweisung von:

Internet  Telefonbuch  Sonstiges

Um Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen, planen wir Behandlungszeiten ein, die nur für Sie bereitgestellt werden. Sollten Sie vereinbarte Termine nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie aus diesem Grund, diese mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.

Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine nach Zeitaufwand der geplanten Behandlung in Rechnung zu stellen.

Gibt es Fragen oder Probleme beim Ausfüllen des Formulars? Wir helfen Ihnen gerne weiter.

**Wichtiger Hinweis: Teilen Sie uns bitte eine Änderung Ihres Gesundheitszustandes unaufgefordert vor der nächsten Behandlung mit!**

Datum Unterschrift

Bei Minderjährigen ist für eine Behandlung die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig.

## Erziehungsberechtigter

Name  
Datum Unterschrift

Spezielle Fragen zur Zahngesundheit	ja	nein
Haben Sie Beschwerden beim Kauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist irgendein Zahn besonders empfindlich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welcher?		
Stört ein Zahn beim Schließen, Kauen oder Schlucken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welcher?		
Pressen oder knirschen Sie unbewusst auf Ihren Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzt es bei weiter Mundöffnung, großem Biss oder beim Gähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Machen Ihre Kiefergelenke Geräusche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, auf welcher Seite?		
Haben Sie manchmal Schmerzen im Ohrenbereich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Verkrampfungen oder Ziehen im Kopf-, Nacken- oder Halsbereich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie manchmal das Gefühl von Trockenheit oder Brennen im Mund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wann war Ihre letzte Zahnbehandlung? Datum _____		
Was wurde gemacht?		
Wurde regelmäßig eine professionelle Zahnreinigung durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Erkrankungen des Herz-/Kreislaufsystems
(z.B. Herzinfarkt, Schlaganfall oder Gerinnungsstörung)
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Wenn ja, welche?

Erkrankungen der Leber
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche?

Erkrankungen der Niere
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche?

Erkrankungen der Atemwege
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche?

Erkrankungen von Magen/Darm
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche?

Erkrankungen des Nervensystems
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche?

Stoffwechselerkrankungen
(z.B. Diabetes mellitus Typ I oder Typ II)
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche?

Infektionskrankheiten	ja	nein
HIV-positiv/AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis A ••B ••C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstige Erkrankungen
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche?

Schwangerschaft	ja	nein
Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwangerschaftswoche _____		

Allergien	ja	nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?		

Lokalanästhesie	ja	nein
Sind im Vorfeld Probleme bei der Lokalanästhesie (Spritze) aufgetreten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?		

Nikotin	ja	nein
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wie viel pro Tag?		

Medikamente	ja	nein
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?		

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_