



HOPPE.DENTAL  
ZAHNÄRZTE IM RHEINLAND

ANAMNESEBOGEN



**HOPPE.DENTAL**

ZAHNÄRZTE IM RHEINLAND

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir freuen uns sehr, dass Sie unsere Praxis aufgesucht haben und uns ihre Zahngesundheit anvertrauen. Um eine zuverlässige Diagnose und nachhaltige Therapie durchführen zu können, benötigen wir vorab wichtige Informationen zu Ihrem Gesundheitszustand. Bitte unterschreiben sie den Fragebogen. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich Ihrer Behandlung. Vielen Dank!

### ANGABEN ZU IHRER PERSON

Name \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_

Haus-Nr. \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon privat \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

Telefon tagsüber \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Hausarzt \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Geschlecht  männlich  weiblich Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Gesetzliche Krankenversicherung  pflichtversichert  freiwillig versichert  Zusatzversicherung

Private Krankenversicherung  beihilfeberechtigt  Basistarif

### ICH BIN ÜBER MEINEN EHEGATTEN/MEINE ELTERN VERSICHERT:

Name \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_

Haus-Nr. \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon privat \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

Telefon tagsüber \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Hausarzt \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Geschlecht  männlich  weiblich Arbeitgeber \_\_\_\_\_

## ANGABEN ZU IHREM ANLIEGEN

### Ich bin mit meinem Lächeln zufrieden und insbesondere mit

- der Gesundheit meiner Zähne  ja  nein
- der Stellung meiner Zähne  ja  nein
- der Form/Farbe meiner Zähne  ja  nein

### Ich Sorge mich um mein Zahnfleisch, denn es

- blutet  ja  nein
- geht zurück  ja  nein

### Ich leide unter Funktionsstörungen und insbesondere unter

- Kopfschmerzen  ja  nein
- Nackenschmerzen  ja  nein
- Rückenschmerzen  ja  nein
- Kiefergelenkschmerzen  ja  nein
- Kaumuskulaturschmerzen  ja  nein
- Tinnitus  ja  nein

### Ich hatte in der Vergangenheit

- einen Herzinfarkt  ja  nein
- eine Entzündung des Herzens  ja  nein
- einen Schlaganfall  ja  nein
- einen Gefäßverschluss  ja  nein
- eine Organtransplantation  ja  nein
- eine Tumorerkrankung  ja  nein
- eine Bestrahlung im Kopf-/Halsbereich  ja  nein

Wenn ja, am \_\_\_\_\_

Chemotherapie  ja  nein

Wenn ja, am \_\_\_\_\_

### Ich interessiere mich für Leistungen der Praxis Praxis für Zahngesundheit und insbesondere für

- eine Betreuung meiner Mundgesundheit  ja  nein
- eine Korrektur meiner Zahn-form/-farbe/-stellung  ja  nein
- neue feste Zähne  ja  nein

### Ich trage Zahnersatz

ja  nein

Art & Alter: \_\_\_\_\_

### Ich habe weitere Beschwerden und insbesondere

- Schilddrüsenfunktionsstörung  ja  nein
- eingeschränkte Leberfunktion  ja  nein
- eingeschränkte Nierenfunktion  ja  nein
- hoher Blutdruck  ja  nein
- Kreislaufschwäche  ja  nein
- Herzrhythmusstörung  ja  nein
- erhöhte Blutungsneigung  ja  nein
- Erkrankung des Herzens  ja  nein

### Ich befinde mich aktuell in Behandlung von

- Knochenschwund (Osteoporose)  ja  nein
- Zuckerkrankheit (Diabetes)  ja  nein

### Ich leide unter epileptischen Anfällen

ja  nein

### Ich hatte in den letzten 12 Monaten einen stationären Krankenhausaufenthalt

ja  nein

**Ich habe Überempfindlichkeitsreaktionen (Allergien)**  ja  nein      Gegen: \_\_\_\_\_

Ich habe einen Allergiepass  ja  nein

**Ich nehme regelmäßig Medikamente ein**  ja  nein      Welche? \_\_\_\_\_

**Ich leide unter einer infektiösen Erkrankung (AIDS, HIV, Hepatitis, ...)**  ja  nein      Welche? \_\_\_\_\_

**Ich rauche**  ja  nein       < 5 pro Tag     5-10 pro Tag     > 15 pro Tag

**Ich bin an Demenz erkrankt**  ja  nein      Betreuer Name/Telefon \_\_\_\_\_

**Ich bin schwanger**  ja  nein      \_\_\_\_\_

**Ich war das letzte Mal am \_\_\_\_\_ beim Zahnarzt**      **Ich habe Angst vorm Besuch beim Zahnarzt**  ja  nein

#### Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Persönliche Empfehlung von: \_\_\_\_\_

Internet:     Homepage     Jameda     Zahnarztangstratgeber     Google     Sonstige

Zeitung/Zeitschrift: \_\_\_\_\_      Sonstige \_\_\_\_\_

Zur Information: Wir erinnern Sie an Ihre regelmäßigen Kontrolluntersuchungen.

**Bitte unterschreiben Sie diesen Anamnesebogen und teilen Sie uns Veränderungen bezüglich allgemeiner Erkrankungen oder Veränderungen im Medikamentenplan sofort mit, so dass wir für unsere Behandlung immer über den aktuellen Stand informiert sind.**

\_\_\_\_\_  
Korschenbroich, den

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient oder ggfs. gesetzlicher Vertreter