

Zahnarztpraxis Dr. Jürgen Zitzen  
Dünnerstr. 50  
41066 Mönchengladbach

## Anamnesebogen

### Patient:

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

Straße \_\_\_\_\_ Hausnummer PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Telefon privat \_\_\_\_\_ beruflich \_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_ EMail \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_ Arbeitgeber \_\_\_\_\_

gesetzliche  
Krankenkasse  pflichtversichert  freiwillig versichert  zusatzversichert  
Name der Kasse \_\_\_\_\_

private  
Krankenkasse  beihilfeberechtigt  
Name der Kasse \_\_\_\_\_

Ich komme auf Empfehlung von: \_\_\_\_\_

Meine Wünsche für die Behandlung: \_\_\_\_\_

### Mitglied (falls abweichend vom Patienten):

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

Straße \_\_\_\_\_ Hausnummer PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Aktive Zahnvorsorge und regelmäßige Kontrolluntersuchungen fördern die lebenslange Zahngesundheit. Deshalb erlauben wir uns, Sie im vereinbarten Intervall an die ausstehende Zahnkontrolle zu erinnern. Falls Sie dies nicht wünschen, teilen Sie uns dies bitte mit. Unsere Liquidationen erstellen wir mit unserem Abrechnungspartner „ZA“. Bitte unterschreiben Sie dazu Ihre Einverständniserklärung auf gesondertem Formular in der Praxis. Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass unsere Termine verbindlich sind. Falls Sie einen vereinbarten Termin nicht einhalten können, teilen Sie uns das bitte rechtzeitig mit (spätestens jedoch 24 Stunden vorher). So erhalten wir die Möglichkeit, diesen Termin einem anderen Patienten zur Verfügung zu stellen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden dürfen. Bitte beantworten Sie die umseitigen Fragen möglichst genau. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und zusätzlich den Bestimmungen des Datenschutzes. Bitte nehmen Sie unsere Datenschutzinformation mit nach Hause.

ja nein

Sonstige Erkrankungen (bitte aufzählen):

**Herz-/Kreislaufferkrankungen**

- |                   |                          |                          |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|
| Bluthochdruck     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Herzklappenfehler | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Herzklappenersatz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Endokarditis      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Herzoperation     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schlaganfall      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Infektiöse Erkrankungen**

- |                      |                          |                          |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|
| Hepatitis            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| HIV                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tuberkulose          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstige Infektionen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Allergien und Unverträglichkeiten**

- |                 |                          |                          |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|
| Lokalanästhesie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Antibiotika     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schmerzmittel   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Metalle         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**sonst**

- |                        |                          |                          |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lungenerkrankung       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Blutgerinnungsstörung  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nierenerkrankung       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Krebserkrankung        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Osteoporose            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Drogenabhängigkeit     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anfallsleiden          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ohnmachtsanfälle       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?**

Welche und zu welchem Zweck?

**Haben Sie früher oder derzeit Tabletten oder Spritzen für die Knochengesundheit bekommen (Bisphosphonate oder ähnliche, z.B. bei Osteoporose, Brustkrebs, Prostatakrebs oder Plasmazytom)?**

ja  nein

**Name und Anschrift des Hausarztes**

**Sind Sie pflegebedürftig?**

ja  nein, ggf. Pflegegrad 1 – 5:

Für unsere Patientinnen:

Besteht eine **Schwangerschaft**?

ja  nein  ungewiss

Stillen Sie derzeit?

ja  nein

**Zahnärztliche Vorgeschichte:**

ja nein

- |                          |                          |   |                               |
|--------------------------|--------------------------|---|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Waren Sie in der letzten Zeit regelmäßig in zahnärztlicher Behandlung?          |                               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Führen Sie ein Bonusheft?   | Seit wann jährlich lückenlos: |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Leiden Sie unter Zahnfleischbluten?   |                               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Wurde bei Ihnen schon einmal eine Parodontitisbehandlung durchgeführt?          |                               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?                                      |                               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Wachen Sie morgens oft mit einem Muskelkatergefühl im Gesicht auf?              |                               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Haben Sie oft Kiefergelenkbeschwerden, Kopfschmerzen oder Schmerzen im Gesicht? |                               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Beobachten Sie Kiefergelenkknacken?   |                               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Haben Sie Betäubungen bisher gut vertragen?                                     |                               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Wurde in den letzten 2 Jahren ein Röntgenbild der Zähne angefertigt?            |                               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dürfen wir dieses anfordern?  |                               |
| <input type="checkbox"/> |                          |   |                               |

Bei welchem Zahnarzt?

Name

Datum

Unterschrift Patient: