

# Anamnesebogen der Praxis Zahnerhaltung



DR. MALTE KÜCK  
Praxis Zahnerhaltung

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

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Name der Versicherung \_\_\_\_\_

Mitglied / Zahlungspflichtige/r \_\_\_\_\_

bei privat Versicherten:  Vollversicherung  Basistarif

Sind Sie Beihilfeberechtige/r des öffentl. Dienstes?  ja  nein

bei gesetzlich Versicherten:  freiwillig versichert  pflichtversichert

Zahnzusatzversicherung: \_\_\_\_\_

Handy \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

## Für Neupatienten - Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

Empfehlung! Durch: \_\_\_\_\_  Internet-Suche  Zufall  \_\_\_\_\_

## Für unsere Fans – Danke für Ihre Treue!

alles wie bisher  Ich wünsche mir \_\_\_\_\_

## Weswegen begeben Sie sich bei uns in Behandlung?

Beratung / Kontrolle / Schmerz (wo?) \_\_\_\_\_

Sanierung  Neuen Zahnarzt gesucht  zweite Meinung einholen  andere Gründe: \_\_\_\_\_

### Haben Sie

Zahnschmerzen?  ja  nein  
Zahnfleischbluten?  ja  nein  
Gelockerte Zähne?  ja  nein  
Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?  ja  nein  
Gab es eine Parodontosebehandlung?  ja  nein  
Würgereiz stark?  ja  nein  
Zähne reagieren auf süß / sauer / sind temperaturempfindlich

Haben Sie Geräusche oder Schmerzen im Kiefergelenk?  ja  nein  
Hatten Sie jemals eine "Kiefervermessung"?  ja  nein  
Interessieren Sie sich für hellere Zähne?  ja  nein  
Sind für Sie ästhetisch schöne Zähne wichtig?  ja  nein  
Lachgasbehandlung interessant/notwendig?  ja  nein  
Ist bereits einmal eine Angst-Therapie erfolgt?  ja  nein  
 ja  nein

Leiden Sie an Schmerzen der Halswirbelsäule?  ja  nein  
des Rückens?  ja  nein  
der Gelenke / Kiefergelenke?  ja  nein  
Wirbelsäule?  ja  nein  
Dauerschmerz / Zähne schmerzen mit / ohne Belastung?  ja  nein  
Entzündungen am Zahnfleisch?  ja  nein  
Haben Sie regelmäßig Kopfschmerzen  ja  nein

Schnarchen Sie? / Schlaflabor?  ja  nein

### Funktion

Haben Sie eine Schiene?  ja  nein  
Passen Ihre Zähne gut aufeinander?  ja  nein  
Haben Sie scharfe Kanten?  ja  nein  
Können Sie gut kauen?  ja  nein  
Spüren Sie Ihr Kiefergelenk?  ja  nein  
Haben / Hatten Sie Tinnitus?  ja  nein

### Angst

Wie stufen Sie sich ein:  nicht ängstlich  Zahnarzt ist nicht Urlaub  schlafe 1-2 Tage nicht vor dem Termin  „Horror“

### Röntgenaufnahmen

Wann wurden zum letzten Mal Röntgenaufnahmen der Zähne bei Ihnen gemacht: Zähne: \_\_\_\_\_ Übersichtsbild: \_\_\_\_\_

Sollten Sie aktuelle Röntgenaufnahmen haben, bringen Sie diese bitte zum Termin mit.

**Allgemeine Gesundheitsfragen:**

1. Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein?  ja  nein  
Wenn ja, welche \_\_\_\_\_
2. Sind bisher bei Ihnen Unverträglichkeiten bei Medikamenten oder Spritzen aufgetreten?  ja  nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
3. Erhalten Sie die Blutgerinnung hemmende Medikamente (Marcumar, Heparin, Mono Embolex, ASS o. ä.)?  ja  nein
4. WICHTIG: Sind Sie schon einmal mit „Bisphosphonaten“ behandelt worden? (beeinflusst Knochenstoffwechsel, u.a. bei Tumorerkrankungen und Osteoporose)  ja  nein
5. Haben oder hatten Sie eine Herz- oder Kreislauferkrankung, eine Herzschwäche oder einen Herzinfarkt?  
Haben Sie eine künstliche Herzklappe? Ein künstliches Gelenk?  ja  nein  
 ja  nein
6. Haben Sie Diabetes (sind Sie zuckerkrank)?  ja  nein
7. Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?  
Schilddrüsenüber- / -unterfunktion?  ja  nein  
Osteoporose?  ja  nein  
Bluterkrankheit (Hämophilie)?  ja  nein  
Epilepsie o. a. Krampfleiden?  ja  nein  
Grüner Star?  ja  nein  
Ohrensausen/Tinnitus  ja  nein
8. Haben oder hatten Sie eine der folgenden Infektionskrankheiten?  
Hepatitis B / C?  ja  nein  
HIV-Infektion (Aids)?  ja  nein  
Creutzfeldt-Jakob-Infektionserkrankung  ja  nein
9. Sind Sie schwanger?  ja  nein
10. Sind Sie Raucher/in?  ja  nein

**Ich bestätige hiermit, dass meine obigen Angaben vollständig und richtig sind.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Patienten/in oder Erziehungsberechtigten

**Hinweis für gesetzlich versicherte Patienten:**

Der Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenkassen ist vertraglich festgelegt und für uns verbindlich. Dies umfasst eine Grundversorgung, die ausreichend, zweckmäßig, und wirtschaftlich sein muss (z. B. Amalgam als Füllungsmaterial, Stahlkronen usw.). Darüberhinausgehende, moderne zahnärztliche Behandlungsmöglichkeiten wie z. B. zahnfarbene Composite-Kunststoff-Füllungen, Bleaching, Gold- oder Keramik-Inlays, Keramik-Veneers, zirkulär keramisch verblendete Kronen, Implantate usw.) müssen wir als Privatleistungen nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) berechnen.

**Erklärung des Patienten (oder Erziehungsberechtigten):**

ja, ich möchte eine moderne zahnärztliche Behandlung auf dem Stand der Technik. Mir ist bekannt, dass Leistungen, die die kassenzahnärztlichen Vertragsleistungen übersteigen, nach der Gebührenordnung für Zahnärzte privat in Rechnung gestellt werden. Über die Höhe meines Eigenanteils werde ich informiert.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Patienten/in oder Erziehungsberechtigten

Nein, ich möchte ausschließlich im Rahmen der kassenzahnärztlichen Vertragsleistungen behandelt werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Patienten/in oder Erziehungsberechtigten