



## Anamnesebogen der Praxis Zahnerhaltung

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

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

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

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

Krankenversicherung bzw. Kasse \_\_\_\_\_

**bei gesetzlich Versicherten:**  freiwillig versichert  pflichtversichert

**bei privat Versicherten:**  Basis Tarif  normal

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

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

\_\_\_\_\_  
Mobil (Handy)

\_\_\_\_\_  
Telefon geschäftlich

\_\_\_\_\_  
Beruf

### Für Neupatienten:

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?  Empfehlung durch: \_\_\_\_\_  Internet  Sonstiges: \_\_\_\_\_

### Weswegen begeben Sie sich bei uns in Behandlung?

Beratung / Kontrolle  Schmerz (wo?) \_\_\_\_\_  Überweisung von: \_\_\_\_\_

### 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

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

Möchten Sie darüber eine Beratung?  ja  nein

Halten Sie *eigene Zähne - lebenslang* für erstrebenswert?  ja  nein

### Gesundheitsfragen:

Im Laufe Ihrer Behandlung müssen evtl. Lokalanästhetika oder Medikamente eingesetzt werden, die bei bestimmten Allgemeinerkrankungen nicht verwendet werden dürfen oder Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten haben können. Beantworten Sie daher bitte die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand **vollständig und wahrheitsgemäß**. Geben Sie uns bitte Auskunft über **alle Allgemeinerkrankungen**, Unfälle oder sonstige Gesundheitsstörungen, **auch wenn Sie denken, dass diese für den Zahnarzt nicht wichtig sind!**

1. Sind Sie im Moment oder waren Sie in den letzten 2 Jahren in ärztlicher Behandlung?  ja  nein  
Wenn ja, wegen was? \_\_\_\_\_

2. Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein?  ja  nein  
Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

3. Leiden Sie unter Heuschnupfen, Allergien auf Medikamente, Pflaster, Nickel, Nelkenöl, Nüsse oder sonstige Stoffe?  ja  nein  
Sind Sie Atopiker, haben Sie Kontaktekzeme, Hautausschläge oder Neurodermitis?  ja  nein

4. Haben oder hatten Sie eine Herz- oder Kreislaufkrankung, eine Herzschwäche oder einen Herzinfarkt?  ja  nein  
Haben Sie eine künstliche Herzklappe? Einen Herzschrittmacher?  ja  nein

5. Erhalten Sie die Blutgerinnung hemmende Medikamente (Marcumar, Heparin, Mono Embolex, ASS o. ä.)?  ja  nein

6. Haben Sie Diabetes (sind Sie zuckerkrank)?  ja  nein

7. WICHTIG: Sind Sie schon einmal mit „Bisphosphonaten“ behandelt worden? (beeinflusst Knochenstoffwechsel, bei Tumorerkrankungen und Osteoporose)  ja  nein

8. Leiden Sie an Schmerzen der Halswirbelsäule?  ja  nein  
des Rückens?  ja  nein  
der Gelenke / Kiefergelenke?  ja  nein  
Kopfschmerzen  ja  nein

9. 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

10. Haben oder hatten Sie eine der folgenden Infektionskrankheiten?  
Hepatitis B / C?  ja  nein  
HIV-Infektion (Aids)?  ja  nein  
Creutzfeldt-Jakob-Infektionserkrankung  ja  nein

11. Sind Sie schwanger?  ja  nein

12. Wann wurden zum letzten Mal Röntgenaufnahmen der Zähne bei Ihnen gemacht: Zähne: \_\_\_\_\_ andere: \_\_\_\_\_

13. Machen Sie Sport? Wenn ja, welche Sportart? \_\_\_\_\_  nein

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

Ludwigsburg, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Patienten 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, notwendig und wirtschaftlich sein muss (z. B. Amalgam als Füllungsmaterial, Kronen mit Keramik nur außen usw.). Darüberhinausgehende, moderne zahnärztliche Behandlungsmöglichkeiten wie z. B. zahnfarbige 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. Auf Wunsch schreiben wir Ihnen hierfür gerne einen privaten „Heil- und Kostenplan“.

### 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.

Ludwigsburg, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten)

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

Ludwigsburg, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten)

### Bitte beachten Sie unbedingt die folgenden Hinweise:

Wenn Sie während der Behandlung zur Schmerzausschaltung eine Injektion (Lokalanästhesie) erhalten, kann Ihre Verkehrstüchtigkeit für mehrere Stunden eingeschränkt sein. Bitte fahren Sie daher nach einer Lokalanästhesie nicht mit dem PKW, bis Ihre Verkehrstüchtigkeit wiedergegeben ist.

**Zahlung von Kleinbeträgen:** weniger Verwaltung = weniger Kosten, auch für Sie. Daher bitten wir Sie, Kleinbeträge bis 150€ direkt per EC oder bar zu bezahlen. Sie helfen uns damit sehr. Vielen Dank.