

## Zahnärztliche Anamnese

1. Welches Anliegen führt Sie in unsere Praxis ? \_\_\_\_\_
2. Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch / Vorbehandler? \_\_\_\_\_
3. Haben Sie Zahnfleischbluten / Zahnfleischrückgang? \_\_\_\_\_
4. Hatten Sie bereits eine Parodontitisbehandlung/Zeitpunkt ? \_\_\_\_\_
5. Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen? \_\_\_\_\_
6. Haben Sie Schmerzen im Bereich der Kiefergelenke ? Welche Seite? \_\_\_\_\_
7. Leiden Sie an Kopfschmerzen oder Verspannungen im Kopf/Hals/Nacken ? \_\_\_\_\_
8. Haben Sie Probleme, beim Zusammenbeißen die richtige Position zu finden? \_\_\_\_\_
9. Hatten Sie jemals eine kieferorthopädische oder Schienenbehandlung? \_\_\_\_\_
10. Wann war die letzte Röntgenuntersuchung im Mund-Kieferbereich? \_\_\_\_\_
11. Möchten Sie, dass neu einzubringende Materialien vorher auf Ihre individuelle Verträglichkeit (kinesiologisch oder durch Labor) getestet werden?  
(Privatleistung) \_\_\_\_\_
12. Sind Sie an ergänzenden komplementären Behandlungsmöglichkeiten interessiert (Applied Kinesiologie, Homöopathie, Akupunktur, Ätherische Öle...)? \_\_\_\_\_
13. Sind Sie an einer professionellen Zahnreinigung interessiert? ca. 90€ - 110€ \_\_\_\_\_
14. Möchten Sie von unserer Praxis an Ihren jährlichen Kontrolltermin per eMail erinnert werden? \_\_\_\_\_
15. Sind Sie Raucher ?                      Ja  >10  oder <10                       Nein

**Ich empfehle Ihnen, nach Behandlung mit örtlicher Betäubung kein Kraftfahrzeug zu führen.**

**Wir bitten, vereinbarte Termine bei Verhinderung spätestens 24 Stunden vorher abzusagen, da Ihnen sonst Ausfallzeiten lt. BGB §615 in Rechnung gestellt werden!**

**Datenschutzhinweis nach DSGVO (auf Wunsch an der Rezeption einzusehen)! Ich stimme der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Abrechnung mit den Leistungsträgern, Auftragserteilung für Dentallabore und für den Recall-Service zu und bestätige die Richtigkeit meiner Angaben.**

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

# Anamnese

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtstag: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Ausgeübter Beruf: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

Zusatzversicherung privat: ja  nein

- |   | Ja                    | Nein                  |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 1. Waren Sie in letzter Zeit in ärztlicher / heilpraktischer Behandlung?                              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wenn ja, warum? _____   |                       |                       |
| 2. Wer ist Ihr Hausarzt/Telefonnummer ? _____   |                       |                       |
| 3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente bzw. Nahrungsergänzungsmittel (Knoblauchpräparate, Gingko) ein ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wenn ja, welche? _____  |                       |                       |
| 4. Neigen Sie zu allergischen Reaktionen / Überempfindlichkeiten                                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wenn ja, haben Sie einen Allergiepass?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Neigen Sie zu Nachblutungen?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Leiden Sie an einer Blutgerinnungsstörung?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Haben/ hatten Sie eine der aufgeführten Erkrankungen ? (Zeitpunkt)                                 |                       |                       |
| Diabetes  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Blutdruck zu hoch / zu niedrig  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Herzfehler/Herzklappenprothese/Stents/Herzschrittmacher   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Herzoperation/ Herzpass   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Schlaganfall  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Atemwegs-/ Lungenerkrankungen (z.B. Asthma)   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Künstliche Gelenke, Implantate, Operationen (letztes halbe Jahr): _____                               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| _____   |                       |                       |
| Osteoporose   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| →Bisphosphonate   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Tumorerkrankungen   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Infektionskrankheiten (z.B. HIV, Hepatitis,...)   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Magen-Darm-Erkrankung/Nierenerkrankungen  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Schilddrüsenerkrankung  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Epilepsie/Ohnmachtsanfälle  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Rheumatische Erkrankung   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Lebererkrankung   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft oder Kinderwunsch?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. Besteht eine Pflegestufe (§ 15 SGB XI ) oder Eingliederungshilfe / Behinderung (§ 53 SGB XII)      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**(Bitte Nachweis vorlegen!)**



Langebrücker Str. 4  
01109 Dresden  
Tel: 0351/8904593  
Fax: 0351/8909928  
zahnarzt-dr-reuter@web.de  
www.zahnarztpraxis-reuter.de

Praxisinhaberin:  
*Dr. med. dent. Cathrin Reuter*

Angestellte Zahnärztinnen:  
*Jana Engemann*  
*Dr. Mareen Rudolph*

Zahnmedizinische Prophylaxeassistentinnen:  
*Simone Johne*  
*Susann Soltysiak*