

# Zahnarztpraxis Norbert Richter

Diplom Stomatologe



15232 Frankfurt(Oder)  
Dresdener Straße 4

Tel.: 0335/ 531102  
Fax.: 0335/5004778  
E - Mail: [nori.zahn@t-online.de](mailto:nori.zahn@t-online.de)

## Anamnesefragebogen

Liebe Patientinnen, liebe Patienten,

bitte nehmen Sie sich Zeit, diesen Fragebogen in Ruhe auszufüllen. Die folgenden Informationen benötigen wir, um uns auf Sie einzustellen und Ihre individuelle Behandlung planen zu können.

Sollten sich im Laufe der Zeit, in der Sie in unserer Praxis betreut werden, Änderungen an den nachfolgend gemachten Angaben ergeben, bitten wir Sie, uns diese umgehend mitzuteilen.

Die von Ihnen angegebenen Daten werden von uns vertraulich im Rahmen der ärztlichen Schweigepflicht behandelt und nur mit Ihrer ausdrücklichen Einverständniserklärung an dritte Personen weitergegeben.

Vielen Dank !  
Ihr Praxisteam

Name: \_\_\_\_\_ Geb.Datum: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_ Tel.: priv. \_\_\_\_\_  
Titel: \_\_\_\_\_ Tel.: dienstl. \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_  
Handy: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_

### Anliegen

Warum begeben Sie sich in zahnärztliche Behandlung? \_\_\_\_\_

Haben Sie Zahnschmerzen?  ja  nein Wo? \_\_\_\_\_

Haben Sie Zahnfleischbluten?  ja  nein

> beim Essen?  ja  nein

> beim Zähneputzen  ja  nein

### Haben Sie folgende Erkrankungen?

Herzinfarkt \_\_\_\_\_  ja  nein Muskelentzündung  ja  nein

Verengung der Herz -  ja  nein Bypass/ Stent: \_\_\_\_\_

kranzgefäße Herzschriltmacher: \_\_\_\_\_

Herzrhythmusstörung:  ja  nein Herzklappenersatz: \_\_\_\_\_

Niedriger Blutdruck:  ja  nein Bluthochdruck:  ja  nein

Angina Pectoris:	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Durchblutungs-	
Schlaganfall: _____	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	störungen:	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Anämie (Blutarmut):	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Bluter:	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Grauer Star:	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Grüner Star:	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Asthma:	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Chron. Bronchitis:	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Magenerkrankung:	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Darmerkrankung:	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Blasenerkrankung:	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Nierenerkrankung:	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Dialyse: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Arzt: _____		
Gelbsucht:	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Hepatitis:	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
		Form:	<input type="radio"/> A <input type="radio"/> B... <input type="radio"/> C
Rheuma:	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Arthritis:	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Gicht:	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		
Epileptische Anfälle:	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		
Chronische		Migräne:	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Kopfschmerzen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		
Zuckerkrankheit:	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		
Schilddrüsen-		Schilddrüsen-	
überfunktion:	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	unterfunktion:	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

**Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?**

Haut- und/ oder		HIV/ AIDS:	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Geschlechtskrankheiten	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		

Waren oder sind Sie wegen Tumorerkrankungen (Krebs) in Behandlung?

ja  nein      Arzt: \_\_\_\_\_

Tuberkulose:  ja  nein

Behandelnder Arzt: \_\_\_\_\_

---

**Sonstige wichtige medizinische Informationen:**

Bluten Sie lange, wenn Sie sich verletzen oder bekommen Sie leicht blaue Flecke?

ja  nein

Hat sich in letzter Zeit Ihr Gewicht stark verringert:  ja  nein

Haben Sie andere, hier nicht aufgeführte Erkrankungen?  ja  nein

Welche? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  ja  nein

Welche? \_\_\_\_\_

---

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol oder Drogen?  ja  nein

Welche? \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?  ja  nein Wie viele Zigaretten? \_\_\_\_\_

Reagieren Sie allergisch auf bestimmte

Medikamente oder andere Stoffe?  ja  nein

Welche? \_\_\_\_\_

Besitzen Sie einen Allergiepass?  ja  nein

Traten oder treten nach zahnärztlichen Spritzen

Nebenwirkungen auf?  ja  nein

Welche? \_\_\_\_\_

Sind Sie zurzeit schwanger?  ja  nein

Welcher Monat? \_\_\_\_\_ Entbindungstermin: \_\_\_\_\_

### **Bitte seien Sie so freundlich und beantworten Sie uns noch**

#### **folgende Fragen:**

Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft?  ja  nein

Besitzen Sie einen Röntgenpass?  ja  nein

Dürfen wir Sie an Ihren halbjährlichen Kontrolltermin erinnern?  ja  nein

Haben Sie eine Zusatzversicherung?  ja  nein

#### **Über welche Themen möchten Sie gezielt informiert werden?**

Professionelle Zahnreinigung:  Raucherentwöhnung:

Schnarchtherapie:  Kieferorthopädie:

Füllungstherapie:  ästhetische Versorgung:

Zahnersatz:  Implantate:

Mundgeruch (Halitosis)  Sonstiges:

---

#### **Hinweis zur Verkehrstauglichkeit nach zahnärztlichen Behandlungsterminen**

Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann, sowohl durch die Behandlung an sich, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten.

Auf Wunsch rufen wir Ihnen gern ein Taxi.

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

---