

Anamnese

Zahnarztpraxis

Warum suchen Sie uns auf? Wünschen Sie eine/n

- Routinekontrolle
- neuen Zahnersatz
- Beratung
- zweite Meinung
- Schmerzbehandlung
- andere Gründe:

Haben Sie akute Schmerzen? ja nein

Wenn ja, wie äußern sich diese?

- Dauerschmerz
- Zähne reagieren auf Süß/sauer
- Manche Zähne sind temperaturempfindlich
- Zähne schmerzen bei Belastung oder Kauen
- Zähne schmerzen auch ohne Belastung
- Schmerzen oder Entzündungen am Zahnfleisch
- Kieferschmerzen/ Kiefergelenkschmerzen

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der/ des...

- Herzens oder Kreislaufs ja nein
- Leber ja nein
- Nieren ja nein
- Schilddrüse ja nein
- Magen-Darm- Traktes ja nein
- Gelenke (Rheuma) ja nein
- Wirbelsäule ja nein

Haben oder hatten Sie...

- hohen Blutdruck ja nein
- niederen Blutdruck ja nein
- Diabetes ja nein
- Zahnfleischbluten ja nein
- Ohrensausen/ Tinnitus ja nein
- Epilepsie ja nein
- Grünen Star ja nein
- Tuberkulose ja nein
- Osteoporose ja nein
- HIV (Aids) ja nein
- Hepatitis ja nein
- Wenn ja welcher Typ A B C
- Allergien ja nein

Wenn ja wogegen? _____

Sonstige Infektionen/ Erkrankungen:

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie ...

- eine Herzklappenentzündung
- Angina Pectoris
- einen Herzschrittmacher
- einen Herzinfarkt

Medikamente: Nehmen Sie.....

- Herzmedikamente
- Cortison (Kortikoide)
- Schmerzmittel
- Antidepressiva
- blutverdünnende Medikamente, z.B Marcumar, ASS?
- Bisphosphonate
- andere Medikamente

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten? ja nein

Wenn ja gegen welche? _____

Für unsere Patientinnen

Sind Sie schwanger? ja nein

Wenn ja, in welcher Woche? _____

Zum Schluss

Knirschen Sie mit den Zähnen? ja nein

Fühlen Sie sich psychisch stark belastet? ja nein

Rauchen Sie ja nein

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung Ihrer Zähne?

Fragen / Anmerkungen:

Datum

Unterschrift