



**IHRE PERSÖNLICHEN DATEN**

**Patient**

Name .....

Vorname .....

Geburtsdatum .....

Geburtsort .....

**Anschrift**

Postleitzahl .....

Wohnort .....

Straße .....

Hausnummer .....

**Arbeitgeber** .....

**Versicherter**

Name .....

Vorname .....

Geburtsdatum .....

Geburtsort .....

**Telefon**

privat .....

tagsüber .....

Mobil-Nr. ....

E-Mail .....

**Beruf** .....

Sind Sie damit einverstanden, dass wir Sie, falls nötig, per SMS oder Mail benachrichtigen?  Ja  Nein

**Wie sind Sie versichert?**

privat, wenn ja:  Standardtarif  
 beihilfeberechtigt

gesetzlich, wenn ja:  pflichtversichert  
 freiwillig versichert

Ihre Versicherung/Krankenkasse .....

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? .....

Falls über Empfehlung, bitte durch wen? .....

Im Folgenden haben wir einige wichtige Hinweise zu Ihrer Information aufgelistet. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben sowie die Kenntnisnahme dieser Hinweise und Ihr Einverständnis.

- Darüber hinaus erkläre ich mich einverstanden, dass meine Daten aus Gründen der gesetzlichen Aufbewahrungspflicht dezentral gespeichert werden dürfen.
- Änderungen meiner Daten und meines Gesundheitszustandes werden von mir an die Praxis weitergegeben.

Datum ..... Unterschrift .....



**ANAMNESEBOGEN**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte nehmen Sie sich einige Minuten Zeit, um den vorliegenden Fragebogen vollständig zu bearbeiten. Mit dem Ausfüllen tragen Sie dazu bei, dass wir Ihren Gesundheitszustand gut beurteilen und Sie dann auch besser behandeln können. Alle Daten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihre Mühe!

**ZAHNÄRZTLICHE ANAMNESE** (Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ergänzen)

Haben Sie Schmerzen? Wenn ja:  Ja  Nein

Wo?  Zähne  Zahnfleisch  
Wann?  immer  nachts  beim Essen (heiß/kalt)  
 beim Beißen  auf Druck  beim Bücken

Haben Sie schon eine zahnärztliche Spritze erhalten? Wenn ja:  Ja  Nein  
Hatten Sie irgendeine außergewöhnliche Reaktion?  Ja  Nein

Haben Sie Probleme mit Ihrem Zahnfleisch?  Ja  Nein  
 Blutung  Rückgang  Brennen

Beobachten Sie Zahnlockerungen und/oder Überempfindlichkeiten?  Ja  Nein

Beißen sich Speisereste zwischen den Zähnen ein?  Ja  Nein

Haben Sie häufig einen schlechten Geschmack im Mund oder Mundgeruch?  Ja  Nein

Hatten Sie eine kieferorthopädische Behandlung?  Ja  Nein

Hatten Sie eine Parodontosebehandlung?  Ja  Nein

Hatten Sie einen Unfall mit Verletzungen der Halswirbelsäule, des Gesichts o. des Kiefers?  Ja  Nein

Haben oder hatten Sie jemals Schmerzen oder Probleme bei ...  Ja  Nein  
 der Mundöffnung  beim Kauen  der Unterkieferbewegung

Ist Ihnen oder einem Angehörigen aufgefallen, dass Sie mit den Zähnen knirschen?  Ja  Nein

Haben Sie schon einmal bemerkt, dass Sie die Zähne stark aufeinander pressen?  Ja  Nein

Haben Sie schon einmal festgestellt, dass bei Unterkieferbewegungen die Kiefergelenke ...  Ja  Nein  
 reiben  knacken  klemmen  sich verhaken

Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden? Wenn nein, warum nicht?  Ja  Nein  
 Farbe  Form  Stellung

Wurden Ihre Zähne innerhalb des vergangenen Jahres geröntgt? Wenn ja:  Ja  Nein

wann ca.? ..... bei wem? .....

Was ist der Grund Ihres Zahnarztbesuches? .....

.....



**BITTE WENDEN**

## ALLGEMEIN-MEDIZINISCHE-ANAMNESE

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, bei welchem Arzt?  Ja  Nein

Hausarzt ..... Facharzt .....

Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? Wenn ja, welche?  Ja  Nein

Benötigen Sie ständig Medikamente? Wenn ja, welche?  Ja  Nein

Hatten oder haben Sie eine der nachfolgenden Krankheiten?

Herz-Kreislauf:  Infarkt  Endokarditis  Blutdruck zu hoch  
 Krämpfe  Epileptische Anfälle  Blutdruck zu niedrig

Stoffwechsel:  Zucker  Erkrankung der Schilddrüse  Erkrankung der Bauchspeicheldrüse

Lunge und Atemwege:  Asthma  Tuberkulose  Bronchitis

Hals/Nase/Ohren:  Mandeln  Kiefer- bzw. Stirnhöhlen

Blutgefäße:  Thrombose  Durchblutungsstörungen  
 Krampfadern  Blutgerinnungsstörungen

Erkrankungen von  Leber  Galle  Magen

Haut bzw. Schleimhaut:  Ausschlag  Pilzinfektion  Herpes  Allergie

Haben Sie Heuschnupfen?  Ja  Nein

Haben Sie einen Allergiepasse? Wenn ja, welche Allergien bestehen?  Ja  Nein

Erkrankungen der  Gelenke  Muskulatur  Wirbelsäule  Halswirbelsäule

Rheuma:  Weichteilrheumatismus  Gelenkrheumatismus

Sonstige ernsthafte Erkrankungen insb. gesetzlich meldepflichtige? Wenn ja, welche?  Ja  Nein

HIV positiv  Hepatitis B  Hepatitis C  Creutzfeldt-Jacob-Krankheit (CJK)

Leiden Sie häufig an:

Kopfschmerzen oder Migräne  Ja  Nein

Schlafstörungen  Ja  Nein

Schmerzen im Gesicht  Ja  Nein

Trockenem Mund oder starkem Durstgefühl  Ja  Nein

Erkältungs- oder Infektionskrankheiten  Ja  Nein

Nacken- und/oder Rückenschmerzen  Ja  Nein

Unterliegen Sie leicht Stimmungsschwankungen  Ja  Nein

Liegt eine Schwangerschaft vor? Wenn ja, im wievielten Monat?: Im ..... Monat.  Ja  Nein

Datum ..... Unterschrift .....

**IHRE QUALITÄTS-ERWARTUNGEN AN  
DIE ZAHNMEDIZINISCHE BEHANDLUNG**

Name .....

Geburtsdatum .....

Datum .....

Mit den folgenden Fragen möchten wir Ihre Erwartungen an unsere Behandlung erfahren. Durch Ihre Antworten sind wir in der Lage, die für Sie optimale Behandlung zu planen. So können wir auf Ihre individuellen Schwerpunkte und Ihre persönlichen Wünsche besser eingehen. Und Sie können sicher sein, dass Sie immer die für Sie richtige Behandlung erhalten.

1. Wie wichtig ist Ihnen ein natürliches und schönes Lachen?

wenig <<  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 >> sehr

2. Wie wichtig ist Ihnen ein gutes Gefühl im Mund?

wenig <<  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 >> sehr

3. Wie wichtig ist es Ihnen, Ihre eigenen Zähne bis ins hohe Alter zu erhalten?

wenig <<  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 >> sehr

4. Wie ängstlich sind Sie beim Zahnarzt?

wenig <<  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 >> sehr

5. Wie lange dürfte für Sie die längste Behandlung am Stück dauern?

1 Stunde  2 Stunden  4 Stunden

6. Würden Sie gerne Anregungen zur Optimierung Ihrer Zahnpflege erhalten?

ja gerne  nein

7. Würden Sie gerne über neue Entwicklungen in der Zahnmedizin informiert sein?

ja gerne  nein

**Wir danken Ihnen für Ihr Engagement und freuen uns, dass Sie bei uns sind.**

Ihr Praxisteam  
Praxis für Zahnheilkunde  
Dr. Keilbach



**IHRE QUALITÄTS-ERWARTUNGEN  
AN DIE PROPHYLAXE**

Name .....

Geburtsdatum .....

Datum .....

Liebe Patientin, lieber Patient,

mit den folgenden Fragen möchten wir Ihre Erwartungen an unsere Behandlung erfahren. Durch Ihre Antworten sind wir in der Lage, die für Sie optimale Behandlung zu planen. So können wir auf Ihre individuellen Schwerpunkte und Ihre persönlichen Wünsche besser eingehen. Und Sie können sicher sein, dass Sie immer die für Sie richtige Behandlung erhalten.

1. Wie wichtig sind Ihnen gesunde Zähne?

wenig <<  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 >> sehr

2. Haben Sie das Gefühl, dass Sie Ihre Zähne optimal pflegen?

wenig <<  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 >> sehr

3. Wie wichtig ist Ihnen ein gutes und glattes Gefühl im Mund?

wenig <<  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 >> sehr

4. Wie wichtig ist es Ihnen, zahnärztliche Eingriffe so weit wie möglich zu vermeiden?

wenig <<  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 >> sehr

5. Wie sehr achten Sie auf einen frischen Atem?

wenig <<  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 >> sehr

**Endlich haben Sie es geschafft!**

Nochmals vielen Dank, dass Sie alle Fragen so sorgfältig beantwortet haben. Sollte das Ausfüllen des Bogens Ihnen bei irgendeinem Thema Probleme bereitet haben, so sprechen Sie uns bitte darauf an. Je besser wir informiert sind, umso besser können wir Sie behandeln.

Ihr Praxisteam  
Praxis für Zahnheilkunde  
Dr. Keilbach

