NINNEMANN
Kieferorthopädie | Allgemeine Zahnmedizin

Anamnesebogen

Schön, dass Sie da sind!
Herzlich willkommen in unserer Praxis

Persönliche Angaben

Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	Telefon:
Straße / Hausnummer:	PLZ / Ort:
E-Mail:	Krankenkasse / Versicherung:
Beruf:	Hausarzt / Hausärztin:
Gesetzliche Vertretung / Vormund:	
Besteht eine private Zahnzusatzversicherung? ☐ Ja ☐ Nein	

Was führt Sie zu uns?

- ○ Routinekontrolle
- ○ Beratung
- ○ Zahnersatz
- ○ Schmerzbehandlung
- ○ Zweite Meinung
- ○ Sonstiges

Haben Sie derzeit Beschwerden? Wie äußern sich diese?

Allgemeine Anamnese

Herz-Kreislauf-Erkrankung oder Herzinfarkt	☐ Ja ☐ Nein
Herzschrittmacher / Defibrillator	☐ Ja ☐ Nein
Stent(s) oder Bypass	☐ Ja ☐ Nein
Herzklappenerkrankung / künstliche Herzklappe	☐ Ja ☐ Nein
Frühere Endokarditis	☐ Ja ☐ Nein
Ist eine Endokarditisprophylaxe erforderlich?	☐ Ja ☐ Nein
Bluthochdruck oder niedriger Blutdruck	☐ Ja ☐ Nein
Diabetes mellitus	☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, dann HbA1c-Wert: (falls bekannt)	
Osteoporose / Erkrankung des Knochenstoffwechsels	☐ Ja ☐ Nein
Blutgerinnungsstörung / erhöhte Blutungsneigung	☐ Ja ☐ Nein
Lebererkrankung	☐ Ja ☐ Nein
Nierenerkrankung	☐ Ja ☐ Nein
Schilddrüsenerkrankung	☐ Ja ☐ Nein
Rheuma / Autoimmunerkrankung	☐ Ja ☐ Nein
Epilepsie / Krampfanfälle	☐ Ja ☐ Nein
Glaukom (grüner Star)	☐ Ja ☐ Nein
Hepatitis, HIV/AIDS oder andere relevante Infektionskrankheit	☐ Ja ☐ Nein
Psychische Erkrankungen (z. B. Depressionen oder Angststörungen)	☐ Ja ☐ Nein

Weitere Erkrankungen / wichtige Operationen:

NINNEMANN

Kieferorthopädie | Allgemeine Zahnmedizin

Medikamente

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein? Wenn ja, welche?	□ Ja □ Nein
Nehmen oder nahmen Sie Bisphosphonate oder andere Medikamente gegen Osteoporose / Knochenabbau ein? Wenn ja, welche?	□ Ja □ Nein
Nehmen Sie weitere Medikamente regelmäßig oder bei Bedarf ein? Wenn ja, welche?	□ Ja □ Nein

Bitte legen Sie, falls vorhanden, Ihren aktuellen Medikamentenplan vor.

Allergien & weitere Angaben

Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten? Wenn ja, welche? (z. B. Medikamente, Latex, Lokalanästhetika)	□ Ja □ Nein
Sind Sie schwanger?	□ Ja □ Nein
Rauchen Sie?	□ Ja □ Nein
Trinken Sie regelmäßig Alkohol?	□ Ja □ Nein
Konsumieren Sie weitere Suchtmittel? *Falls ja, welche?*	□ Ja □ Nein

Zahnärztliche Anamnese

Blutet Ihr Zahnfleisch?	□ Ja □ Nein
Haben Sie empfindliche Zähne?	□ Ja □ Nein
Haben Sie gelockerte Zähne bemerkt?	□ Ja □ Nein
Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?	□ Ja □ Nein
Haben Sie (morgens) häufiger Kopf-, Kiefer- oder Gesichtsschmerzen?	□ Ja □ Nein
Benutzen Sie Zahnseide und/oder Zahnzwischenraumbürstchen?	□ Ja □ Nein
Waren Sie in den letzten 5 Jahren mindestens einmal jährlich zur zahnärztlichen Kontrolluntersuchung?	□ Ja □ Nein
Waren Sie in den letzten 10 Jahren mindestens einmal jährlich zur zahnärztlichen Kontrolluntersuchung?	□ Ja □ Nein

Letzter Zahnarztbesuch (Monat / Jahr):

Name des bisherigen / letzten Zahnarztes:

Ich bestätige, die Angaben zur Anamnese nach bestem Wissen vollständig und richtig gemacht zu haben.

Ort, Datum	Unterschrift Patient/in bzw. gesetzliche Vertretung

Pläne ändern sich – kein Problem.

Unsere Praxis arbeitet nach einem Bestellsystem und reserviert die vereinbarte Behandlungszeit für Sie. Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie, uns möglichst frühzeitig telefonisch Bescheid zu geben. So kann die Behandlungszeit gegebenenfalls an einen anderen Patienten vergeben werden. Bei nicht oder nicht rechtzeitig abgesagten Terminen behalten wir uns vor, unter den gesetzlichen Voraussetzungen ein Ausfallhonorar in Rechnung zu stellen, sofern die reservierte Behandlungszeit nicht anderweitig vergeben werden konnte.

Ich habe den Hinweis zur Terminabsage und zu einem möglichen Ausfallhonorar zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift / Kenntnisnahme