

## ANAMNESEBOGEN FÜR DEN ZAHNARZT

Persönliche Daten: Name: Adresse: Telefon: Geburtsdatum: Beruf:

Medizinische Anamnese: Haben Sie derzeit Schmerzen im Mund oder in den Zähnen? Ja Nein / Wenn ja, wo genau? Leiden Sie an Kiefergelenkproblemen oder Schmerzen im Kieferbereich? Ja Nein

Haben Sie Allergien oder Unverträglichkeiten gegen Medikamente, Nahrungsmittel oder andere Substanzen? Ja Nein / Wenn ja, welche? Leiden Sie an Diabetes, Herzerkrankungen, Bluthochdruck oder anderen chronischen Erkrankungen? Ja Nein / Wenn ja, welche?

Haben Sie kürzlich eine Operation oder medizinische Behandlung durchgeführt? Ja Nein / Wenn ja, welche? Nehmen Sie derzeit Medikamente, Vitamine oder Ergänzungsmittel ein? Ja Nein / Wenn ja, welche?

Haben Sie in der Vergangenheit Zahnprobleme gehabt oder Zahnbehandlungen durchgeführt? Ja Nein / Wenn ja, welche?

Rauch- und Alkoholkonsum: Rauchen Sie oder haben Sie in der Vergangenheit geraucht? Ja Nein / Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag und seit wie vielen Jahren? Trinken Sie Alkohol? Ja Nein / Wenn ja, wie oft und wie viel?

Mundhygiene-Gewohnheiten: Putzen Sie Ihre Zähne regelmäßig? Ja Nein / Wie oft pro Tag?

Benutzen Sie Zahnseide oder andere Reinigungsmittel? Ja Nein / Wie oft pro Tag?

Verwenden Sie Mundspülungen? Ja Nein / Wie oft pro Tag? Haben Sie jemals Probleme mit Zahnfleischbluten, Mundgeruch oder anderen Problemen mit der Mundhygiene gehabt? Ja Nein / Wenn ja, welche?

Abschließende Fragen: Haben Sie Fragen oder Bedenken bezüglich Ihrer Zahngesundheit? Ja Nein / Wenn ja, welche? Möchten Sie uns etwas anderes mitteilen, das für Ihre zahnärztliche Behandlung relevant sein könnte? Ja Nein / Wenn ja, was?

Ich bestätige, dass alle oben genannten Informationen wahrheitsgemäß und vollständig sind.

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