

## Patientenfragebogen

Herzlich Willkommen in unserer Praxis.

Bevor wir uns in aller Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch einige Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für adäquate und risikofreie Behandlung. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt!

\_\_\_\_\_  
Nachname und Vorname (Patient)

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum, Geburtsort, Geschlecht:  m  w

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon privat

\_\_\_\_\_  
Telefon MOBIL                      FAX

\_\_\_\_\_  
E-Mail Adresse

\_\_\_\_\_  
Beruf

\_\_\_\_\_  
Name der Versicherung / Krankenkasse

\_\_\_\_\_  
Zusatzversicherung

Ich bin im Privaten-Standardtarif versichert       Ich bin beihilfeberechtigt       Ich bin gesetzlich versichert

Ich bin im Privaten-Basistarif versichert       Besteht eine Zusatzversicherung       Name der Zusatzversicherung:

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden:

### Abweichender Rechnungsempfänger:

\_\_\_\_\_  
Nachname und Vorname (Zahlungspflichtiger)

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum, Geburtsort

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Wohnort

Ich bin mit dem Praxis-Recall-System (Erinnerung an Dentalhygiene / Termine) einverstanden. Ja                       Nein

### Wichtige Informationen, Schweigepflichtentbindung

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.  
Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle, während des Behandlungszeitraumes auftretende, Änderungen zu informieren.  
Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Hiermit entbinde ich Herrn Dr. Markus Regensburger, Effnerstrasse 39a, 81925 München

von seiner Schweigepflicht und erkläre mich damit einverstanden, dass Herr Dr. Regensburger, die, im Rahmen der aktuellen Behandlung, benötigten Auskünfte erteilen.

\_\_\_\_\_  
München, den

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

# Anamnesebogen

---

Hausarzt: Name, Adresse, Telefon

## Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Hoher Blutdruck (Hypertonie)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Niedriger Blutdruck (Hypotonie)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Herzklappenerkrankung/-defekt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Blutverdünnungsmedikamente	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Endokarditis-Prophylaxe	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

## Medikamente

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wenn ja welche:

\_\_\_\_\_

## Infektionserkrankungen

HIV	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hepatitis A, B oder C	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
andere:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

\_\_\_\_\_

wenn ja welche:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

## Allergien / Unverträglichkeiten

Lokalanästhetika	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Antibiotika	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Andere:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Weitere Erkrankungen

Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Asthma	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Osteoporose	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Nehmen Sie Bisphosphonate	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Rheuma	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Epilepsie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Diabetes	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Nierenfunktionsstörungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ohnmachtsneigung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Strahlen- / Chemotherapie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Kontaklinsen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Grauer Star	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

wie lange schon?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wann:                      Warum:

## Allgemeine Angaben

Alkoholgenuss	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, <input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> regelmäßig
Raucher	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, <input type="checkbox"/> 0-10	<input type="checkbox"/> über 10 Zigaretten / Tag	
Drogenkonsum	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein			
Regelmäßige Medikamente	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Name: _		
Frühere Röntgenuntersuchungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein			

# Anamnesebogen

## Ihr Lächeln

1. Gibt es etwas, das Sie am Aussehen Ihrer Zähne verändern möchten?  Ja  Nein

2. Haben Sie Ihre Zähne schon einmal aufgehell (gebleicht)?  Ja  Nein

## Biss und Kiefergelenk

1. Haben/Hatten Sie schon einmal Probleme beim Kauen von Kaugummi?  Ja  Nein

2. Haben/Hatten Sie schon einmal Probleme beim Kauen von Baguette oder anderen Lebensmitteln?  Ja  Nein

3. Haben sich Ihre Zähne in den letzten 5 Jahren verändert: sind sie länger oder kürzer geworden, gab es einen erhöhten Verschleiß?  Ja  Nein

4. Haben Sie engstehende Zähne oder entwickeln sich Lücken?  Ja  Nein

5. Müssen Sie mehr als eine Bissbewegung machen oder die Zähne fest zusammenbeißen, damit sie aufeinander passen?  Ja  Nein

6. Haben Sie Einschlaf- oder Aufwachprobleme, weil Sie Ihre Zähne spüren?  Ja  Nein

7. Haben Sie Probleme mit Ihrem Kiefergelenk? Schmerzen, Geräusche, eingeschränktes Öffnen und Schließen, Knacken?  Ja  Nein

8. Leiden Sie unter Spannungskopfschmerzen oder schmerzhaften Zähnen?  Ja  Nein

9. Haben Sie schon einmal eine Schiene getragen? Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_  Ja  Nein

## Zahnstruktur

1. Hatten Sie in den vergangenen drei Jahren Löcher (Karies)?  Ja  Nein

2. Leiden Sie unter Mundtrockenheit?  Ja  Nein

3. Sind Ihre Zähne empfindlich gegen Heißes, Kaltes, Scharfes oder Süßes?  Ja  Nein

4. Haben Sie schon einmal unter rissigen Füllungen, einem abgebrochenen Zahn oder unter Rissen im Zahn gelitten?  Ja  Nein

5. Vermeiden Sie es, einen bestimmten Teil Ihres Mundes zu bürsten?  Ja  Nein

## Zahnfleisch und Knochen

1. Wurde bei Ihnen schon einmal eine Parodontitis-Erkrankung (Zahnfleischerkrankung) festgestellt oder behandelt?  Ja  Nein

2. Geht Ihr Zahnfleisch zurück?  Ja  Nein

3. Gibt es in Ihrer Familie jemanden, der an einer Parodontitis-Erkrankung leidet?  Ja  Nein

4. Lockern sich Ihre Zähne?  Ja  Nein

5. Haben Sie in Ihrem Mund schon einmal einen unangenehmen Geschmack oder Geruch festgestellt?  Ja  Nein

**Schwangerschaft:**  Ja  Nein Wenn ja, welcher Monat

München, den

\_\_\_\_\_  
Unterschrift