Prävention
Ästhetik
Implantologie

Dr. Claudio Wilmes
Die Praxis für Ihre Zahngesundheit

Anamnesebogen Erwachsene

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir möchten Sie optimal beraten und behandeln. Um ganz gezielt und individuell auf Ihre zahnmedizinischen Wünsche und Bedürfnisse eingehen zu können, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Selbstverständlich behandeln wir Ihre Antworten vertraulich. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich der Behandlung in unserer Praxis.

Patient

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____
Straße / Nr. _____ Postleitzahl / Ort _____
Telefon privat _____ geschäftlich _____ Mobil _____
Fax _____ E-Mail _____
Beruf _____ Arbeitgeber _____

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____
Straße / Nr. _____ Postleitzahl / Ort _____
Telefon privat _____ geschäftlich _____ Mobil _____
Fax _____ E-Mail _____

Krankenkasse Name _____

☐ Gesetzliche Krankenkasse ☐ Private Krankenkasse ☐ zusatzversichert
☐ vollversichert ☐ Standardtarif (1,7fach) ☐ Anspruch auf Beihilfe

Ihre Wünsche sind uns wichtig ...

Persönliche Erwartungen / individuelles Anliegen an Ihre bevorstehende Zahnbehandlung _____
Grund Ihres Besuches? _____
Worauf legen Sie besonderen Wert? _____
Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch besonders vermisst? _____
Haben Sie Angst vor einer Zahnbehandlung? ☐ nein ☐ ja

Möchten Sie von uns regelmäßig an Ihren Kontrolltermin erinnert werden? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, dann ... ☐ telefonisch ☐ per E-Mail ☐ per SMS

Sie sind an einer Beratung zu folgenden Themen interessiert:

☐ Professionelle Zahnreinigung ☐ Zahnersatz ☐ Implantologie ☐ Parodontitisbehandlung
☐ individuelles Prophylaxeprogramm ☐ Zahnästhetik ☐ Amalgamsanierung ☐ Wurzelbehandlung
☐ Zahnfehlstellungsregulierung ☐ Kariesrisikobestimmung ☐ Mundhygieneartikel ☐ Bleaching (Zahnaufhellung)
☐ Sonstiges _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

☐ Internet ☐ auf Empfehlung von _____ ☐ andere Quelle _____

Kennen Sie unsere Praxis-Internetseiten unter www.zahnarzt-dr-wilmes.de? ☐ nein ☐ ja

Wenn ja, haben Sie dort für Sie wichtige Informationen gefunden? _____
Welche Informationen suchen Sie auf der Website einer Zahnarztpraxis? _____

Welche der aufgeführten zahnmedizinisch relevanten Erscheinungen treffen auf Sie zu?

☐ überempfindliche Zähne ☐ Zähneknirschen ☐ Zahnschmerzen ☐ Zahnfleischbluten
☐ Kiefergelenk-Schmerzen oder -Knacken ☐ Zahnverfärbungen ☐ Mundgeruch ☐ Zahnlockerungen
☐ häufige Kopfschmerzen / Migräne ☐ Sonstiges _____

bitte wenden >>

Dr. med. dent.
Claudio Wilmes
Hoheluftchaussee 2
D-20253 Hamburg
Telefon: 040/422 20 17
Email: info@zahnarzt-dr-wilmes.de
www.zahnarzt-dr-wilmes.de

Wechselwirkungen von Medikamenten / akute Erkrankungen

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein (z.B. auch gerinnungshemmende Medikamente, sogenannte Blutverdünner, Aufputsch- oder Beruhigungsmittel)? _____

Nehmen/ Nahmen Sie Bisphosphonate ein (z.B. bei Osteoporose, Tumorerkrankungen)? ☐ nein ☐ ja

Allergien

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? ☐ nein ☐ ja Wenn ja, welche? _____

Gegen welche Medikamente oder Materialien besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit?

_____

Besitzen Sie einen Allergiepass? ☐ nein ☐ ja Haben Sie Asthma? ☐ nein ☐ ja

Herz- und Kreislauferkrankungen

Herzschwäche (Insuffizienz)	☐ nein	☐ ja	Herzklappenersatz/Herzfehler	☐ nein	☐ ja
Unregelmäßiger Herzschlag	☐ nein	☐ ja	Hoher Blutdruck	☐ nein	☐ ja
Herzasthma, Angina Pectoris	☐ nein	☐ ja	Niedriger Blutdruck	☐ nein	☐ ja
Herzschrittmacher	☐ nein	☐ ja	Herzinfarkt	☐ nein	☐ ja

Sonstiges _____

Leber- und Stoffwechselerkrankungen

Lebererkrankung	☐ nein	☐ ja	Schilddrüsenerkrankung	☐ nein	☐ ja
Zuckerkrankheit (Diabetes)	☐ nein	☐ ja	Sonstiges _____		

Infektionskrankheiten

Leberentzündung (Hepatitis A / B / ...)	☐ nein	☐ ja	Tuberkulose	☐ nein	☐ ja
Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten etc.?	☐ nein	☐ ja			
Wurde bei Ihnen ein Aidstest durchgeführt?	☐ nein	☐ ja	Wenn ja, mit welchem Ergebnis? _____		

Bluterkrankung

Blutungsneigung (Hämophilie) ☐ nein ☐ ja Blutarmut (Anämie) ☐ nein ☐ ja

Sonstiges? _____

Erkrankung des Nervensystems

Epileptische Anfälle	☐ nein	☐ ja	Krämpfe	☐ nein	☐ ja
Psychosomatische Erkrankungen	☐ nein	☐ ja	Ohnmachtsanfälle	☐ nein	☐ ja
Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel?	☐ nein	☐ ja	Sonstiges? _____		

Magen- / Darmerkrankungen

Erkrankter Magen- und Darmtrakt ☐ nein ☐ ja

Nierenerkrankungen

Erkrankte Niere ☐ nein ☐ ja

Tumorerkrankungen

z.B. Bisphosphonat-Therapie ☐ nein ☐ ja

Schwangerschaft

Wenn ja, in welchem Monat? _____

Drogen

Drogenabhängigkeit ☐ nein ☐ ja Alkoholabhängigkeit ☐ nein ☐ ja

Nikotinabhängigkeit ☐ nein ☐ ja

Ess-Störungen

Bulimie (Ess-Brechsucht) ☐ nein ☐ ja

Sonstige Ess-Störungen _____

Röntgen

Wurden Sie innerhalb der letzten 12 Monate im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt? ☐ nein ☐ ja

Augenerkrankungen

Leiden Sie unter einem Glaukom / Grüner Star? ☐ nein ☐ ja

Ärztliche Behandlung

Befinden Sie sich zurzeit in ärztlicher / heilpraktischer Behandlung? ☐ nein ☐ ja

Hausarzt / Heilpraktiker _____	Facharzt _____
Straße / Nr. _____	Straße / Nr. _____
Postleitzahl / Ort _____	Postleitzahl / Ort _____
Telefon _____	Telefon _____
E-Mail _____	E-Mail _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit! Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben sofort mit!

Datum _____ Unterschrift _____