

# Anamnesestatus

Zahnarzt : Dr. Joachim Lipphardt

Patient/Patientin : Neu

## A. ALLGEMEINMEDIZINISCHE ANAMNESE

Ja/Nein

1. Waren Sie während der letzten Jahre im Krankenhaus oder in ärztlicher Behandlung ?    
Hausarzt : \_\_\_\_\_
2. Nehmen Sie zur Zeit regelmäßig Medikamente ein ? Welche ?    
\_\_\_\_\_
3. Bluten Sie lange nach einer Verletzung ?

### Hatten Sie jemals :

4. Eine ungewöhnliche Reaktion auf Spritzen oder Medikamente ?    
(z.B. Penicillin, Jod etc.) \_\_\_\_\_
5. Asthma, Heuschnupfen oder Allergien ?
6. Herzerkrankungen, Kreislaufstörungen (z.B. Hyper-, Hypotonie) ?
7. Rheumatisches Fieber, akutes Rheuma ?
8. Rheumatische Erkrankungen, Gelenkerkrankungen
9. Lebererkrankungen (Gelbsucht) ?
10. Diabetes (Zuckerkrankheit) ?
11. Atemwegserkrankungen ?
12. Nierenerkrankungen ?
13. Infektiöse Erkrankungen (TBC, Hepatitis, AIDS, Geschlechtskrankung) ?
14. Rauchen Sie ? Wenn ja, wieviel ? \_\_\_\_\_
15. Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft ? Welche Woche ? \_\_\_\_\_

## B. ZAHNÄRZTLICHE ANAMNESE

1. Haben Sie Beschwerden an den Zähnen ? Wo ? \_\_\_\_\_
2. Haben Sie Beschwerden am Zahnfleisch ? Wo ? \_\_\_\_\_
3. Ist Ihre Kaufähigkeit beeinträchtigt ?
4. Empfinden Sie das Aussehen Ihrer Zähne als Problem ?
5. Haben Sie Schmerzen oder ein Spannungsgefühl im Kiefergelenk oder Gesichtsbereich ?
6. Leiden Sie unter chronischen Kopf-, Hals- oder Schulterschmerzen ?
7. Benutzen Sie außer Zahnbürste und Zahnpasta noch andere Mundhygienemittel ?    
Welche ? \_\_\_\_\_
8. Waren Sie im vergangenen Jahr in zahnärztlicher Behandlung ?    
Hauszahnarzt : \_\_\_\_\_
9. Kommen Sie : - zur Beratung oder Kontrolle ?    
- zur Notfallbehandlung oder Reparatur des Zahnersatzes ?    
- zur umfassenden zahnärztlichen Behandlung ?    
- durch Überweisung ?

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

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