

FORMULAR 02 · GESUNDHEITSANAMNESE

Medizinische Anamnese

Ihre Antworten helfen uns, Ihre Behandlung sicher und individuell zu planen. Alle Angaben unterliegen der zahnärztlichen Schweigepflicht.

Name, Vorname

Geburtsdatum

ALLGEMEINER GESUNDHEITZUSTANDStehen Sie aktuell in ärztlicher Behandlung? ☐ Ja ☐ NeinWerden Sie regelmäßig untersucht (Vorsorge / Check-up)? ☐ Ja ☐ NeinHaben sich in den letzten zwölf Monaten Veränderungen Ihres Gesundheitszustands ergeben? ☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, bitte erläutern:

BESTEHEN ODER BESTANDEN EINE DER FOLGENDEN ERKRANKUNGEN?Herz- / Kreislauferkrankungen (z. B. Hochdruck, Herzinfarkt, Herzklappen) ☐ Ja ☐ NeinDiabetes mellitus ☐ Ja ☐ NeinSchilddrüsenerkrankungen ☐ Ja ☐ NeinLungenerkrankungen (z. B. Asthma, COPD) ☐ Ja ☐ NeinNieren- oder Lebererkrankungen ☐ Ja ☐ NeinRheumatische Erkrankungen / Gelenkprothesen ☐ Ja ☐ NeinNeurologische Erkrankungen (z. B. Epilepsie, MS) ☐ Ja ☐ NeinKrebserkrankung — aktuell oder in den letzten 5 Jahren ☐ Ja ☐ NeinStrahlen- oder Chemotherapie im Kopf-/Halsbereich ☐ Ja ☐ NeinPsychische Erkrankungen / Behandlung ☐ Ja ☐ Nein**INFEKTIONSKRANKHEITEN**Hepatitis A / B / C ☐ Ja ☐ NeinHIV-Infektion ☐ Ja ☐ NeinTuberkulose ☐ Ja ☐ NeinSonstige übertragbare Erkrankungen ☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, bitte konkretisieren:

MEDIKAMENTE — AKTUELLNehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, Wirkstoff / Handelsname, Dosis, seit wann (alternativ: aktuellen Medikationsplan mitbringen):

Blutverdünner / Antikoagulantien (z. B. Marcumar, Eliquis, ASS)	☐ Ja	☐ Nein
Bisphosphonate / Denosumab (Knochenstoffwechsel-Medikamente)	☐ Ja	☐ Nein
Cortison / Immunsuppressiva	☐ Ja	☐ Nein
Antibiotika in den letzten drei Monaten	☐ Ja	☐ Nein

ALLERGIEN & UNVERTRÄGLICHKEITEN

Medikamentenallergien (z. B. Penicillin, Lokalanästhetika)	☐ Ja	☐ Nein
Latex-Allergie	☐ Ja	☐ Nein
Allergie auf Dentalmaterialien (z. B. Metalle, Kunststoffe, Acrylate)	☐ Ja	☐ Nein
Pollen- / Hausstaub- / Nahrungsmittelallergien	☐ Ja	☐ Nein

Welche Stoffe / Substanzen konkret?

NUR FÜR FRAUEN

Besteht aktuell eine Schwangerschaft?	☐ Ja	☐ Nein
Schwangerschaftswoche (falls bekannt)	Voraussichtlicher Entbindungstermin	

Stillen Sie zurzeit?	☐ Ja	☐ Nein
----------------------	-----------------------------	-------------------------------

ZAHNMEDIZINISCHE VORGESCHICHTE

Hatten Sie schon einmal Komplikationen bei zahnärztlichen Behandlungen?	☐ Ja	☐ Nein
Probleme mit Lokalanästhesie (Kreislauf, Wirkung, Verträglichkeit)?	☐ Ja	☐ Nein
Bekanntes Zähneknirschen / Pressen (Bruxismus)?	☐ Ja	☐ Nein
Beschwerden im Kiefergelenk?	☐ Ja	☐ Nein
Mundtrockenheit?	☐ Ja	☐ Nein
Letzte zahnärztliche Behandlung — wann?	Letzte professionelle Zahnreinigung — wann?	

LEBENSGEWOHNHEITEN (FÜR DIE THERAPIEPLANUNG RELEVANT)

Rauchen Sie?	☐ Ja	☐ Nein
Falls ja — Zigaretten / Tag, seit wann		

Regelmäßiger Alkoholkonsum?	☐ Ja	☐ Nein
-----------------------------	-----------------------------	-------------------------------

GIBT ES ETWAS, DAS WIR NOCH WISSEN SOLLTEN?

Ich versichere, dass ich die vorstehenden Fragen nach bestem Wissen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet habe. Veränderungen meines Gesundheitszustands oder neue Medikamenteneinnahmen werde ich der Praxis unaufgefordert mitteilen.

		Unterschrift Patient*in / gesetzl.
Ort	Datum	Vertreter*in