

## Anamnese - Fragebogen 12 bis 17 Jahre



An der Radrunde 160  
D-90455 Nürnberg  
Tel.: 0911/88 02 88  
praxis@h-j-strauss.de  
www.h-j-strauss.de



**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, bitte fülle diesen Bogen vor der ersten Sprechstunde sorgfältig aus!**

### Patient/in

Name/Vorname: \_\_\_\_\_  
 Geb.-Datum: \_\_\_\_\_  
 Straße/Nr.: \_\_\_\_\_  
 PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_  
 Tel.-Nr. privat: \_\_\_\_\_  
 Tel.-Nr. (tagsüber) geschäftl.: \_\_\_\_\_  
 Tel.-Nr. Mobil: \_\_\_\_\_  
 Fax privat/geschäftlich: \_\_\_\_\_  
 E-Mail privat/geschäftlich: \_\_\_\_\_  
 Homepage: \_\_\_\_\_  
 Bezahlung per Online-Banking:  ja  nein  
 Von wem wurde unsere Praxis empfohlen: \_\_\_\_\_  
 Gesetzlich versichert:  ja  nein  
 Gesetzlich versichert auf Kostenerstattung:  ja  nein  
 Hast Du eine Zusatzversicherung:  ja  nein  
 Führst Du ein Bonusheft:  ja  nein  
 Privat versichert - **nicht** im Basistarif  ja  nein  
 Privat versichert - im Basistarif  ja  nein  
 Bist Du beihilfeberechtigt:  ja  nein  
 (Nur für Beamte/Staatsangestellte)  
 Schule/Beruf: \_\_\_\_\_  
 Arbeitgeber: \_\_\_\_\_  
 Wer ist Dein Hausarzt/Ort: \_\_\_\_\_

### Versicherte/r (Erziehungsberechtigte/r)

Name/Vorname: \_\_\_\_\_  
 Geb.-Datum: \_\_\_\_\_  
 Straße/Nr.: \_\_\_\_\_  
 PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_  
 Tel.-Nr. privat: \_\_\_\_\_  
 Tel.-Nr. (tagsüber) geschäftl.: \_\_\_\_\_  
 Tel.-Nr. Mobil: \_\_\_\_\_  
 Fax privat/geschäftlich: \_\_\_\_\_  
 E-Mail privat/geschäftlich: \_\_\_\_\_  
 Homepage: \_\_\_\_\_  
 Bezahlung per Online-Banking:  ja  nein  
 Von wem wurde unsere Praxis empfohlen: \_\_\_\_\_  
 Gesetzlich versichert:  ja  nein  
 Gesetzlich versichert auf Kostenerstattung:  ja  nein  
 Haben Sie eine Zusatzversicherung:  ja  nein  
 Führen Sie ein Bonusheft:  ja  nein  
 Privat versichert - **nicht** im Basistarif  ja  nein  
 Privat versichert - im Basistarif  ja  nein  
 Sind Sie beihilfeberechtigt:  ja  nein  
 (Nur für Beamte/Staatsangestellte)  
 Beruf: \_\_\_\_\_  
 Arbeitgeber: \_\_\_\_\_  
 Wer ist Ihr Hausarzt/Ort: \_\_\_\_\_

**Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte fülle deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Er wird Deiner Karteikarte beigelegt. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Deinem Gesundheitszustand anzupassen (Datengeheimnis nach § 5 des Bundesdatenschutzgesetzes). Solltest Du Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Dir gerne!**

### Ist Dir bekannt, ob Du an einer der folgenden Erkrankungen leidest oder littst:

Herzerkrankungen  ja  nein  
 Herzschrittmacher  ja  nein  
 Lungen- und Atemwegserkrankungen  ja  nein  
 Chronische Bronchitis  ja  nein  
 Chronischen Husten  ja  nein  
 Tuberkulose  ja  nein  
 Asthma  ja  nein  
 Magenbeschwerden  ja  nein  
 (Sodbrennen, Verstopfung, Blähungen)  
 Lebererkrankungen  ja  nein  
 (Gelbsucht, Leberverhärtung)  
 Nervenleiden/ZNS-Erkrankungen  ja  nein  
 (z. B. Epilepsie)  
 Kreislauf-, Gefäßerkrankungen  ja  nein  
 (Durchblutungsstörungen, Schlaganfall, Thrombose, Schwindel)  
 Hast Du hohen Blutdruck?  ja  nein  
 Hast Du niedrigen Blutdruck?  ja  nein  
 Nierenerkrankungen  ja  nein  
 (Nierenentzündungen, Nierensteine)

Erkrankungen des Skelettsystems  ja  nein  
 (Wirbelsäulenschäden, Gelenkerkrankungen, Rheuma)  
 Stoffwechselerkrankungen  ja  nein  
 (Diabetes)  
 Wurdest Du wegen **Gemütskrankheiten**  ja  nein  
 (z. B. Depression) ärztlich behandelt  
 Hämophilie  ja  nein  
 (Blutgerinnungsstörung: verstärkte Blutung nach Zahntentfernung, Geburten, Verletzungen)  
 Infektionskrankheiten  ja  nein  
 AIDS  ja  nein  
 Hepatitis A  ja  nein  
 Hepatitis B  ja  nein  
 Hepatitis C  ja  nein  
 Hyperaktivität  ja  nein  
 Legasthenie  ja  nein  
 Dyskalkulie  ja  nein

Bitte wenden! ➔

**Allergien**  ja  nein  
 (Heuschnupfen, Überempfindlichkeit gegen Medikamente, Pflaster)  
 wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

**Schilddrüsenerkrankung**  ja  nein  
 (Kropf)

**Besteht eine Schwangerschaft?**  ja  nein

**Medikamenten-, Drogenabhängigkeit**  ja  nein

**Nimmst Du Medikamente ein?**  ja  nein  
 wenn ja, welche: 1. \_\_\_\_\_  
 2. \_\_\_\_\_

**Sonstige Erkrankungen?**  ja  nein  
 wenn ja, welche: 1. \_\_\_\_\_  
 2. \_\_\_\_\_

**Betreibst Du Sport oder ein Hobby?**  ja  nein  
 wenn ja, was: \_\_\_\_\_

**Rauchst Du regelmäßig?**  ja  nein  
 wenn ja, wieviel: \_\_\_\_\_ pro Tag

**Rauchtest Du früher?**  ja  nein  
 wenn ja, wann: von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**Trinkst Du regelmäßig Alkohol?**  ja  nein

**Trinkst Du regelmäßig Kaffee?**  ja  nein  
 wenn ja, wieviel: \_\_\_\_\_ Tassen am Tag

**Fühlst Du Dich in letzter Zeit gestresst?**  ja  nein

**Frühere Operationen/Jahr**  ja  nein  
 (z. B. Beinbruch/2010) 1. \_\_\_\_\_  
 2. \_\_\_\_\_

**Wann wurdest Du das letzte mal geröntgt?**  
 Datum (ca.) \_\_\_\_\_ welches Organ \_\_\_\_\_

**Führst Du einen Röntgenpass?**  ja  nein

**Befandest Du Dich in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung?**  ja  nein  
 wegen: \_\_\_\_\_ bei: \_\_\_\_\_

**Hast Du im Moment Zahnschmerzen?**  ja  nein

**Weshalb kommst Du zu uns bzw. was ist Dein Hauptanliegen?** \_\_\_\_\_

**Treten bei zahnärztlichen Behandlungen spezielle Probleme auf?**  ja  nein

**Wie oft betreibst Du Mundhygiene?** \_\_\_\_\_ mal täglich.

**Erfolgt das Zähneputzen vor oder nach den Mahlzeiten?**  davor  danach

**Führst Du eine Reinigung der Zahnzwischenräume durch?** Zahnseide  ja  nein

**Was meinst Du wie Karies entsteht?** \_\_\_\_\_

ja  nein

ja  nein

\_\_\_\_\_ mal täglich.

davor  danach

Zahnseide  ja  nein

**Fluoridgehalt Deines Trinkwassers** \_\_\_\_\_ mg/l Fluoridgehalt (in Nürnberg sind es 0,2 mg/l)

**Welches Mineralwasser trinkst Du bevorzugt?** \_\_\_\_\_

**Wird zuhause fluoriertes Speisesalz verwendet?**  ja  nein

**Nimmst Du Fluorid-Tabletten?**  ja  nein Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Welche Zahnpasta verwendest Du?** \_\_\_\_\_

**Trinkst Du regelmäßig schwarzen Tee?**  ja  nein

**Wieviel Mahlzeiten nimmst Du am Tag zu Dir?** \_\_\_\_\_

**Sind Deine Zwischenmahlzeiten gesüßt?**  ja  nein

**Wie sind Deine Trinkgewohnheiten (Art und Häufigkeit der Getränke)?** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ mg/l Fluoridgehalt (in Nürnberg sind es 0,2 mg/l)

\_\_\_\_\_

ja  nein

ja  nein Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ja  nein

\_\_\_\_\_

ja  nein

\_\_\_\_\_

**Wünschst Du von uns aktiv über die Entwicklung im Gesundheitsbereich und neueren, besseren zahnmedizinischen Versorgungsmöglichkeiten informiert zu werden (per Post, Mail, Telefon)?**  ja  nein

**Wünschst Du über ein bedarfsgerechtes, auf Sie individuell zugeschnittenes Prophylaxe-Programm informiert zu werden (per Post, Mail, Telefon)?**  ja  nein

ja  nein

ja  nein

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

- Wir sind eine Bestellpraxis und garantieren Ihnen kurze Wartezeiten. Für Termine die **ohne Absage** nicht eingehalten werden, behalten wir uns vor eine Ausfallgebühr von € 20,- je angefangene halbe Stunde zu berechnen.
- Änderungen meiner Daten und meines Gesundheitszustandes werden von mir rechtzeitig an die Praxis weitergegeben.
- Betäubungsmittel können die Fahrtüchtigkeit beeinträchtigen. Bitte berücksichtigen Sie dies bei Ihren Behandlungsterminen!
- Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit der Angaben sowie die Kenntnisnahme dieser Hinweise und Ihr Einverständnis.

**X**

**Ort/Datum** \_\_\_\_\_ **Unterschrift** gesetzl. Vertreter (**Erziehungsberechtigte/r**) und **Zahlungspflichtige/r** (falls nicht identisch mit Patient)

Wir bedanken uns sehr herzlich für Ihre Mitarbeit! Wir tun alles damit Sie sich mit Ihrer Familie bei uns gut aufgehoben fühlen!

**Ihr Praxisteam Dr. Hans-Jürgen Strauß**