

# Anamnese - Fragebogen Senioren (ab 65 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 füllen Sie diesen Fragebogen (4 Seiten) vor der ersten Sprechstunde sorgfältig aus!**

## Patient/in

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Straße/Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr. privat: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr. tagsüber: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr. Mobil: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Homepage: \_\_\_\_\_

Bezahlung per Online-Banking:  ja  nein

Von wem wurde unsere Praxis empfohlen: \_\_\_\_\_

Gesetzlich versichert:  ja  nein

Gesetzl. 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, bitte mit Name, Adresse  
und Telefon: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Versicherte/r (falls nicht gleich mit 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

Gesetzl. 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)

Bitte wenden! →

**Betreuer/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: \_\_\_\_\_

Von wem wurde unsere Praxis empfohlen: \_\_\_\_\_

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Er wird Ihrer Karteikarte beigelegt.

**Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen (Datengeheimnis nach § 5 des Bundesdatenschutzgesetzes). Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne!**

**Ist Ihnen bekannt, ob Sie an einer der folgenden Erkrankungen leiden oder litten:**Herzerkrankungen  ja  nein

(Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzfehler, Atemnot beim Treppensteigen, Herzmuskelentzündungen, Herzrhythmusstörung)

Herzschrillmacher  ja  neinLungen- und Atemwegserkrankungen  ja  neinChronische Bronchitis  ja  neinChronischen Husten  ja  neinTuberkulose  ja  neinAsthma  ja  neinMagenbeschwerden  ja  nein  
(Sodbrennen, Verstopfung, Blähungen)Lebererkrankungen  ja  nein  
(Gelbsucht, Leberverhärtung)Nervenleiden/ZNS-Erkrankungen  ja  nein  
(z. B. Epilepsie)Kreislauf-, Gefäßkrankungen  ja  nein  
(Durchblutungsstörungen, Schlaganfall, Thrombose, Schwindel)Haben Sie hohen Blutdruck?  ja  neinHaben Sie niedrigen Blutdruck?  ja  neinAllergien  ja  nein  
(Heuschnupfen, Überempfindlichkeit gegen Medikamente, Pflaster)

wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Schilddrüsenerkrankung  ja  nein  
(Kropf)Besteht eine Demenzerkrankung  ja  neinErkrankungen des Skelettsystems  ja  nein

(Wirbelsäulenschäden, Gelenkerkrankungen, Rheuma)

Nierenerkrankungen  ja  nein

(Nierenentzündungen, Nierensteine)

Stoffwechselerkrankungen  ja  nein

(Diabetes)

Wurden Sie wegen Gemütskrankheiten

(z. B. Depression) ärztlich behandelt  ja  neinHämophilie  ja  nein

(Blutgerinnungsstörung: verstärkte Blutung nach Zahnentfernung, Geburten, Verletzungen)

Infektionskrankheiten  ja  neinAIDS  ja  neinHepatitis A  ja  neinHepatitis B  ja  neinHepatitis C  ja  neinRauchen Sie regelmäßig?  ja  nein

wenn ja, wieviel: \_\_\_\_\_ pro Tag

Rauchten Sie früher?  ja  nein

wenn ja, wann: von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?  ja  neinTrinken Sie regelmäßig Kaffee?  ja  nein

wenn ja, wieviel: \_\_\_\_\_ Tassen am Tag

Fühlen Sie sich zur Zeit überarbeitet?  ja  neinRollstuhl  ja  neinRollator  ja  nein

Medikamenten-, Drogenabhängigkeit

ja  nein

Nehmen Sie Medikamente ein?

ja  nein

wenn ja, welche:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

Sonstige Erkrankungen?

ja  nein

wenn ja, welche:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

Frühere Operationen/Jahr

ja  nein

(z. B. Beinbruch/2010)

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

Wann wurden Sie das letzte mal geröntgt?

Datum (ca.) \_\_\_\_\_

welches Organ \_\_\_\_\_

Führen Sie einen Röntgenpass?  ja  nein

Befanden Sie sich in letzter Zeit in ärztlicher

Behandlung?  ja  nein

wegen: \_\_\_\_\_

bei: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

Haben Sie im Moment Zahnschmerzen?

ja  nein

Weshalb kommen Sie zu uns bzw. was ist Ihr Hauptanliegen?

\_\_\_\_\_

Treten bei zahnärztlichen Behandlungen spezielle Probleme auf?

ja  nein \_\_\_\_\_

Wie oft betreiben Sie Mundhygiene?

\_\_\_\_\_ mal täglich.

Erfolgt das Zähneputzen vor oder nach den Mahlzeiten?

davor  danach

Führen Sie eine Reinigung der Zahnzwischenräume durch?

ja  nein

Was meinen Sie wie Karies entsteht?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

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

Welches Mineralwasser trinken Sie bevorzugt?

\_\_\_\_\_

Wird zuhause fluoriertes Speisesalz verwendet?

ja  nein

Trinken Sie regelmäßig schwarzen Tee?

ja  nein

Wieviel Mahlzeiten nehmen Sie am Tag zu sich?

\_\_\_\_\_

Sind Ihre Zwischenmahlzeiten gesüßt?

ja  nein

Wie sind Ihre Trinkgewohnheiten (Art und Häufigkeit der Getränke)?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wünschen Sie von uns aktiv über die Entwicklung im Gesundheitsbereich und neueren, besseren zahnmedizinischen Versorgungen informiert zu werden (per Post, Mail, Telefon)?

ja  nein

Wünschen Sie über ein bedarfsgerechtes, auf Sie individuell zugeschnittenes Prophylaxe-Programm informiert zu werden (per Post, Mail, Telefon)?

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 Ihrer Angaben sowie die Kenntnisnahme dieser Hinweise und Ihr Einverständnis.

X

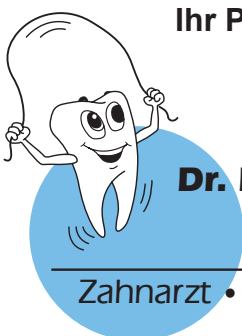
---

**Ort / Datum**      **Unterschrift Patient/in** und **Zahlungspflichtige/r** (falls nicht identisch mit Patient)

Wir bedanken uns sehr herzlich für Ihre Mitarbeit!

Wir tun alles damit Sie sich bei uns gut aufgehoben fühlen!

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



**Dr. Hans-Jürgen  
Strauß**

Zahnarzt • Zahntechniker

---

An der Radrunde 160  
D-90455 Nürnberg  
Tel.: 0911/ 88 02 88

E-Mail: [praxis@h-j-strauss.de](mailto:praxis@h-j-strauss.de)  
[www.h-j-strauss.de](http://www.h-j-strauss.de)