

## Anamnesebogen für Jugendliche

### Herzlich willkommen in unserer Zahnpraxis Mundwerk!

Dieser Anmeldebogen dient Deiner Gesundheit und Sicherheit. Bitte lies ihn gut durch und fülle ihn sorgfältig aus. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Deinem Gesundheitszustand anzupassen.

#### 1. Persönliche Daten

Patient: Name	Vorname	Geburtsdatum	Telefon / Fax
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort		Handy Nr.
Beruf / Arbeitgeber	Versicherter: Name, Vorname, Geb.-Datum		eMail
Krankenkasse	Private Versicherung		
Hast Du eine Zusatzversicherung ?	Ja O Nein O	Bist Du beihilfeberechtigt ?	Ja O Nein O
Bist Du freiwillig versichert ?	Ja O Nein O	PKV Basistarif ?	Ja O Nein O
Basistarif? ?	Ja O Nein O		

Ich komme auf Empfehlung von \_\_\_\_\_

#### 2. Ärztliche und zahnärztliche Anamnese

Bestehen oder bestanden folgende Befunde / Beschwerden / Krankheiten:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bluter (ASS, Marcuma)                                     | <input type="checkbox"/> Asthma                                |
| <input type="checkbox"/> Allergien   | <input type="checkbox"/> Herzfehler mit Endokarditisrisiko     |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie   | <input type="checkbox"/> Schwangerschaft, _____ Woche          |
| <input type="checkbox"/> Leukämie  | <input type="checkbox"/> Raucher, ca. _____ Zigaretten pro Tag |
| <input type="checkbox"/> ansteckende Krankheiten (Hepatitis, HIV, Tuberkulose,...) | _____  |
| <input type="checkbox"/> Welche Medikamente musst Du regelmäßig nehmen ?           | _____  |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges   | _____  |

Dein Hausarzt / Kinderarzt: \_\_\_\_\_  
Name Ort

Dein Arzt für Naturheilkunde / Heilpraktiker: \_\_\_\_\_  
Name Ort

#### Weshalb kommst Du zu uns ? Was ist Dein Hauptanliegen ?

Traten bei zahnärztlicher Behandlung Probleme auf ? Ja O / Nein O  
Wenn ja, welche ? \_\_\_\_\_

### 3. Häusliche Mundhygiene

- Wie oft täglich betreibst Du Mundhygiene ? \_\_\_\_\_ mal
- Reinigst Du die Zahnzwischenräume ? Ja O / Nein O
- Wenn ja, womit ? \_\_\_\_\_
- Was meinst Du, wie Karies entsteht ? \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

### 4. Ernährung

- Wie viel Mahlzeiten nimmst Du am Tag zu Dir ? bis 5 O / über 5 O
- Sind Deine Zwischenmahlzeiten gesüßt ? Ja O / Nein O
- Wie sind Deine Trinkgewohnheiten (Art und Häufigkeit der Getränke ?)
- \_\_\_\_\_

### 5. Fluoride

- Welches Mineralwasser trinkst Du bevorzugt ? \_\_\_\_\_
- Nimmst Du Fluorid-Tabletten ? Ja O / Nein O
- Wird zu Hause fluoridiertes Salz verwendet ? Ja O / Nein O

### 6. Recall

- Mit unserem Recall-System erinnern wir Dich regelmäßig an Deinen vierteljährlichen Kontrolltermin.
- Bist Du an unserem Recall-System interessiert ? Ja O / Nein O
- Wenn ja, lieber per Post, Telefon oder Email ? Post O / SMS O / Email O

- ☞ **Teile uns jeweils bitte mit, falls sich Dein Gesundheitszustand verändert hat !**
- ☞ **Medikamente, besonders Betäubungsspritze, können Deine Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen !**
- ☞ Behandlungstermine werden für Dich reserviert ! Solltest Du einen Termin nicht einhalten können, sage bitte **spätestens 24 Stunden vorher** ab !
- ☞ **Das Beste was wir Dir bieten können: Gesundheit.**  
**Frage nach unseren Vorsorgeprogrammen !**

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Selent, den

\_\_\_\_\_  
Unterschrift