ELB.ENDO

Praxis für Endodontie

ANAMNESEBOGEN

ALLGEMEINE & ENDODONTISCHE ANAMNESE

Liebe Patientin, lieber Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Damit wir Ihre Behandlung sicher und gezielt planen können, bitten wir Sie, diesen Bogen vollständig und sorgfältig auszufüllen. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt. Wenn Sie bei einer Frage unsicher sind, lassen Sie sie offen – wir besprechen sie gemeinsam.

01 PERSÖNLICHE ANGABEN

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Geschlecht ☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers

Straße, Hausnummer _____ PLZ, Ort _____

Telefon _____ Mobil _____

E-Mail _____ Beruf _____

Versicherung ☐ gesetzlich ☐ privat ☐ Beihilfe ☐ Zusatzversicherung

Krankenkasse / Versicherung _____ Hauptversicherte Person (falls abweichend) _____

Hausärztin / Hausarzt (Name, Ort) _____

Überweisende Zahnärztin / überweisender Zahnarzt (Name, Praxis, Ort) _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? ☐ Überweisung ☐ Empfehlung ☐ Internet ☐ Sonstiges: _____

02 ANLASS IHRES BESUCHS

☐ Überweisung zur Wurzelbehandlung ☐ Erneute Wurzelbehandlung (Revision) ☐ Akute Schmerzen / Notfall

☐ Zweitmeinung ☐ Zahnunfall ☐ Sonstiges: _____

Betroffener Zahn / Bereich (falls bekannt) _____ Beschwerden seit _____

Ihre Beschwerden

Haben Sie zurzeit Schmerzen? ☐ ja ☐ nein

Wie stark sind die Schmerzen im Moment? (bitte ankreuzen)

○	○	◉	○	○	○	○	○	○	○	○
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

kein Schmerz — stärkster vorstellbarer Schmerz

Wie würden Sie den Schmerz beschreiben?

☐ pochend / pulsierend ☑ stechend ☐ dumpf / drückend ☐ ziehend ☐ ausstrahlend, wohin:

_____

Wodurch wird der Schmerz ausgelöst oder verstärkt?

☐ Kälte ☐ Wärme ☐ Süßes ☐ Aufbeißen / Kauen ☐ im Liegen / nachts ☐ tritt spontan auf

Dr. Laurens Intert
Paul-Dessau-Straße 6
22761 Hamburg

T. 040 49 07 51 36 0
praxis@elb-endo.hamburg
www.elb-endo.hamburg

Wie lange hält der Schmerz nach dem Auslöser an?
☐ nur kurz (wenige Sekunden) ☐ länger als ca. 30 Sekunden ☐ dauerhaft

Haben Sie zusätzlich Folgendes bemerkt?
☐ Schwellung ☑ „Pickel" / Fistel am Zahnfleisch ☐ schlechter Geschmack ☐ Zahn fühlt sich „zu lang" an
☐ Zahn ist locker ☐ Verfärbung des Zahnes

Wachen Sie nachts wegen der Schmerzen auf? ☐ ja ☐ nein

Nehmen Sie wegen dieser Beschwerden Schmerzmittel ein? ☐ ja ☐ nein

Welche, wie oft, letzte Einnahme _____

Nehmen Sie wegen dieses Zahnes ein Antibiotikum oder haben Sie kürzlich eines genommen? ☐ ja ☐ nein

Welches, seit wann _____

03 VORGESCHICHTE DES ZAHNES

Wurde an diesem Zahn bereits eine Wurzelbehandlung durchgeführt? ☐ ja ☐ nein

Wann ungefähr, wo _____

Wurde eine Wurzelbehandlung begonnen, aber nicht abgeschlossen? ☐ ja ☐ nein

Wurde an diesem Zahn eine Wurzelspitzenresektion durchgeführt? ☐ ja ☐ nein

Trägt der Zahn eine Krone, Brücke oder eine große Füllung? ☐ ja ☑ nein

Hatten Sie an diesem Zahn einen Unfall (Sturz, Schlag)? ☑ ja ☐ nein

Wann, was ist passiert _____

Gibt es weitere Zähne mit einer begonnenen, nicht abgeschlossenen Wurzelbehandlung? ☐ ja ☐ nein

Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen? Tragen Sie eine Aufbissschiene? ☐ ja ☐ nein

Liegen aktuelle Röntgenaufnahmen oder ein DVT vor (z. B. bei Ihrer Hauszahnarztpraxis)? ☐ ja ☐ nein

Wo _____

> Bitte bringen Sie vorhandene Aufnahmen und Ihren Röntgenpass mit oder lassen Sie uns diese durch Ihre Zahnarztpraxis zusenden.

04 IHRE BEHANDLUNG BEI UNS

Haben Sie Angst vor der Zahnbehandlung?
☐ nein ☐ etwas ☐ stark

Hatten Sie früher Probleme mit der örtlichen Betäubung (wirkte schlecht, Unverträglichkeit, Kreislauf)? ☐ ja ☐ nein

Was ist passiert _____

Fällt es Ihnen schwer, den Mund längere Zeit geöffnet zu halten (Kiefergelenk, eingeschränkte Mundöffnung)? ☐ ja ☐ nein

Haben Sie einen ausgeprägten Würgereiz? ☐ ja ☐ nein

Ist Ihnen der Erhalt des eigenen Zahnes besonders wichtig? ☐ ja ☐ nein

> Wurzelbehandlungen dauern in der Regel etwas länger. Wir arbeiten unter Kofferdam (einem dünnen Spanngummi) – bitte geben Sie eine Latexallergie unbedingt unten an.

05 ALLGEMEINE GESUNDHEIT

Fühlen Sie sich zurzeit gesund? ☐ ja ☐ nein

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? ☐ ja ☐ nein

Weshalb _____

Dr. Laurens Intert
Paul-Dessau-Straße 6
22761 Hamburg

T. 040 49 07 51 36 0
praxis@elb-endo.hamburg
www.elb-endo.hamburg

Name, Vorname _____

Waren Sie in den letzten Jahren im Krankenhaus oder wurden Sie operiert? ☐ ja ☐ nein

Weshalb, wann _____

Bitte kreuzen Sie an, was auf Sie zutrifft oder früher zutraf:

HERZ & KREISLAUF

- ☐ Bluthochdruck
- ☐ Niedriger Blutdruck
- ☐ Koronare Herzkrankheit / Angina pectoris
- ☐ Herzinfarkt wann: _____
- ☐ Herzschwäche (Herzinsuffizienz)
- ☐ Herzrhythmusstörungen
- ☐ Herzschrittmacher / Defibrillator (ICD)
- ☐ Künstliche Herzklappe / Herzklappenerkrankung
- ☐ Endokarditis (Herzinnenhautentzündung) in der Vorgeschichte
- ☐ Angeborener Herzfehler
- ☐ Schlaganfall wann: _____
- ☐ Arteriosklerose / Durchblutungsstörungen
- ☐ Thrombose / Embolie

BLUT & STOFFWECHSEL

- ☐ Erhöhte Blutungsneigung / Gerinnungsstörung
- ☐ Blutarmut (Anämie)
- ☐ Diabetes mellitus Typ / letzter HbA1c-Wert: _____
- ☐ Schilddrüsenerkrankung
- ☐ Osteoporose
- ☐ Nierenerkrankung
- ☐ Lebererkrankung
- ☐ Magen-Darm-Erkrankung

ATEMWEGE

- ☐ Asthma
- ☐ COPD / chronische Bronchitis
- ☐ Wiederholte Lungenentzündungen
- ☐ Schlafapnoe

INFEKTIONEN

- ☐ Hepatitis A / B / C: _____
- ☐ HIV-Infektion
- ☐ Tuberkulose
- ☐ MRSA / multiresistente Keime

NERVEN & PSYCHE

- ☐ Epilepsie / Krampfanfälle
- ☐ Ohnmachtsneigung
- ☐ Migräne / häufige Kopfschmerzen
- ☐ Gesichtsschmerzen / Trigeminusneuralgie
- ☐ Psychische Erkrankung

IMMUNSYSTEM & WEITERES

- ☐ Rheuma / Autoimmunerkrankung
- ☐ Immunschwäche
- ☐ Organtransplantation
- ☐ Krebserkrankung welche: _____
- ☐ Chemotherapie (aktuell oder früher)
- ☐ Strahlentherapie im Kopf-Hals-Bereich
- ☐ Künstliches Gelenk welches, wann: _____

Sonstige Erkrankungen _____

06 MEDIKAMENTE

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein (auch pflanzliche Präparate, die Pille, Nahrungsergänzung)? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, bitte alle Medikamente aufführen – gern legen Sie auch Ihren Medikationsplan vor:

MEDIKAMENT	DOSIERUNG / HÄUFIGKEIT	GRUND

BITTE ZUSÄTZLICH ANKREUZEN, FALLS ZUTREFFEND

- ☐ Blutverdünner z. B. ASS, Clopidogrel, Marcumar®, Xarelto®, Eliquis® – welches: _____
- ☐ Osteoporose-Medikamente (Bisphosphonate, Denosumab) Tablette / Spritze / Infusion, seit: _____
- ☐ Kortison ☐ Immunsuppressiva ☐ Insulin / Diabetes-Medikamente ☐ Antidepressiva / Psychopharmaka
- ☐ Antibiotika in den letzten 4 Wochen

Dr. Laurens Intert
Paul-Dessau-Straße 6
22761 Hamburg

T. 040 49 07 51 36 0
praxis@elb-endo.hamburg
www.elb-endo.hamburg

Name, Vorname _____

07 ALLERGIEN & UNVERTRÄGLICHKEITEN

Haben Sie Allergien oder Unverträglichkeiten? ☐ ja ☐ nein

- ☐ Betäubungsmittel (Lokalanästhetika)
- ☐ Latex / Gummi
- ☐ Desinfektionsmittel / Chlorhexidin
- ☐ Jod
- ☐ Heuschnupfen / Hausstaub
- ☐ Antibiotika z. B. Penicillin: _____
- ☐ Schmerzmittel welche: _____
- ☐ Metalle z. B. Nickel: _____
- ☐ Pflaster
- ☐ Sonstige _____

Besitzen Sie einen Allergiepass? (bitte mitbringen) ☐ ja ☐ nein

Hatten Sie schon einmal einen allergischen Schock? ☐ ja ☐ nein

Wodurch _____

08 LEBENSUMSTÄNDE

Rauchen Sie? ☐ nein ☐ früher ☐ ja, ca. ___ Zigaretten / Tag ☐ E-Zigarette

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? ☐ ja ☐ nein

Für Patientinnen

Sind Sie schwanger? ☐ ja, ___. Woche ☐ nein ☐ unsicher

Stillen Sie zurzeit? ☐ ja ☐ nein

09 EINVERSTÄNDNIS & UNTERSCHRIFT

- ☐ Ich versichere, dass meine Angaben vollständig und richtig sind. Änderungen meines Gesundheitszustandes oder meiner Medikamente teile ich der Praxis unaufgefordert mit.
- ☐ Ich bin einverstanden, dass Befunde, Röntgenbilder und Behandlungsberichte mit meiner überweisenden Zahnarztpraxis bzw. meiner Hausarztpraxis ausgetauscht werden.
- ☐ Ich möchte Terminerinnerungen per E-Mail / SMS erhalten.
- ☐ Die Datenschutzinformationen der Praxis habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.

Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie um frühzeitige telefonische Absage.

Ort, Datum _____ Unterschrift Patient/in bzw. gesetzliche/r Vertreter/in _____

VOM PRAXISTEAM AUSZUFÜLLEN

Besprochen am _____ durch _____ Risikovermerk _____

AKTUALISIERUNG DER ANAMNESE

Datum _____ Änderungen _____ Unterschrift _____

Datum _____ Änderungen _____ Unterschrift _____

Dr. Laurens Intert
Paul-Dessau-Straße 6
22761 Hamburg

T. 040 49 07 51 36 0
praxis@elb-endo.hamburg
www.elb-endo.hamburg