



## Anamnese Zahnmedizin

### Persönliche Angaben

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Hausarzt / Facharzt: \_\_\_\_\_

Geschlecht: ☐ m ☐ w ☐ div

Liegt ein Pflegegrad ☐ Stufe \_\_\_\_ oder eine gesetzliche Betreuungspflicht ☐ vor? Ansprechpartner:

Für Frauen: Schwangerschaft ☐ Nein ☐ Ja

### Allgemeine Gesundheit

|                                                                                                                    | Nein                     | Ja                       | Erläuterungen |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------|
| Körperimplantate (z.B. Herzklappe, -schrittmacher, ...)                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____         |
| Herz-Kreislauf-erkrankungen <input type="checkbox"/> / Bluthochdruck <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____         |
| Gerinnungsstörungen / Blutverdünner                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____         |
| Diabetes                                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____         |
| Schilddrüsenerkrankungen                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____         |
| Lungen-/Atemwegserkrankungen                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____         |
| Nieren- <input type="checkbox"/> oder Lebererkrankungen <input type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____         |
| Osteoporose <input type="checkbox"/> / Arthrose <input type="checkbox"/>                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____         |
| Rheuma <input type="checkbox"/> / Autoimmunerkrankungen <input type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____         |
| Neurologische Erkrankungen                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____         |
| Augenerkrankungen / Glaukom                                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____         |
| Allergien (Medikamente, Latex, Metalle, ...)                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____         |
| Infektionskrankheiten (Hepatitis <input type="checkbox"/> , HIV <input type="checkbox"/> , ...)                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____         |
| Tumorerkrankungen <input type="checkbox"/> / Chemo <input type="checkbox"/> / Bestrahlung <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____         |
| Schlafapnoe / OSAS                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____         |
| Psychische Erkrankungen (Depression <input type="checkbox"/> , Angst <input type="checkbox"/> )                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____         |

Weitere Erkrankungen:

---

---

### Medikamente

Bitte alle regelmäßig eingenommenen Medikamente eintragen (inkl. Blutverdünner, Bisphosphonate, Antiresorptiva): ☐ siehe Medikamentenliste

**Bitte Blatt wenden!**

## Zahnmedizinische Anamnese

Wann haben Sie Ihren letzten Zahnersatz erhalten? Vor \_\_\_\_\_ Jahren

Falls zahnmedizinische Implantate vorhanden sind bitten wir um Bereithalten des Implantatpasses.

Regelmäßiger Konsum von Nikotin ☐, Alkohol ☐, Drogen ☐ Menge: \_\_\_\_\_/Tag ☐ Nein

Ist bei Ihnen jemals ein schwerwiegender **medizinischer Notfall** (z. B. Herz- oder Atemstillstand, epileptischer Anfall, Ohnmacht, anaphylaktischer Schock) während oder nach zahnärztlicher Behandlung aufgetreten?

☐ Nein ☐ Ja, \_\_\_\_\_

## Auswirkungen auf die Mundgesundheit (OHIP-5)

Hatten Sie **in den letzten 7 Tagen** aufgrund von Problemen mit Ihren Zähnen, im Mundbereich, Kiefer oder mit Ihrem Zahnersatz

|                                                                                           | Nie                      | Selten                   | Manchmal                 | Oft                      | Sehr oft                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Schwierigkeiten beim <u>Kauen</u> von Nahrungsmitteln?                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| den Eindruck, Ihr Essen war <u>geschmacklich</u> weniger gut?                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <u>Schmerzen</u> im Mundbereich?                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| wegen des <u>Aussehens</u> Ihrer Zähne oder Ihres Zahnersatzes unwohl/unbehaglich gefühlt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| schwer gefallen, Ihren <u>alltäglichen Beschäftigungen</u> nachzugehen?                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### Funktionsstörungen (3Q/TMD)

Haben Sie einmal pro Woche oder häufiger Schmerzen im Bereich der Schläfen, im Gesicht, Kiefer oder Kiefergelenk?

Nein Ja

☐ ☐

Haben Sie einmal pro Woche oder häufiger Schmerzen, wenn Sie den Mund öffnen oder kauen?

☐ ☐

Haben Sie einmal pro Woche oder häufiger eine Einschränkung oder Blockade beim Öffnen oder Schließen des Mundes?

☐ ☐

## Grund des Aufsuchens / Sonstige Hinweise

---

---

---

Ort, Datum

Unterschrift Patient:in / Bevollmächtigte:r

☐ OPT-OUT Das Gesundheitsforschungsstärkungsgesetz Mecklenburg-Vorpommerns erlaubt die Nutzung anonymisierter zahnmedizinischer Routinedaten zu Forschungszwecken. Wenn Sie nicht wünschen, dass Ihre Daten genutzt werden markieren Sie bitte dieses Feld.