



MVZ Munkelt Zahnarztpraxis GmbH  
Loburger Str.2, 48653 Coesfeld  
Tel: 02541/7677, www.dr-munkelt.de

Bitte vor der Behandlung ausfüllen und an der Anmeldung abgeben!

# Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um die für Ihre Behandlung geeigneten Medikamente und Behandlungsverfahren auswählen zu können, bitten wir Sie um Beantwortung der folgenden Fragen zur allgemeinen Vorgeschichte (Anamnese).

Alle Angaben sind streng vertraulich und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bei Unklarheiten können Sie uns gern fragen.

<b>Name des Patienten:</b> _____	<b>Geburtsdatum:</b> _____
<b>Strasse, Nr.:</b> _____	<b>Geburtsort:</b> _____
<b>Tel.:</b> _____	<b>PLZ, Ort:</b> _____
<b>Krankenkasse:</b> _____	<b>E-mail:</b> _____

Bei nicht Selbstversicherten: (Familienangehörige, Kinder) **Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_  
**Name des Mitgliedes:** \_\_\_\_\_

1. Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2. Leiden Sie unter Bluterkrankungen oder Blutgerinnungsstörungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
3. Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?		
• Asthma <input type="checkbox"/> oder Heuschnupfen <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• Allergische Reaktion oder Unverträglichkeit von Medikamenten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
wenn ja, welche: Latex <input type="checkbox"/> Nickel <input type="checkbox"/> Penicillin <input type="checkbox"/>		Sonstiges: .....
• Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• Koronare Herzkrankheiten / Angina Pectoris	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• Herzinfarkt - wenn ja, wann?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein .....
• Herzklappenfehler / -ersatz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• Mangel durchblutung des ZNS / Schlaganfall / Lähmungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) - wenn ja, insulinpflichtig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein .....
• Glaukom (erhöhter Augeninnendruck)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• Hämatologische Erkrankungen (Erkrankung blutbildender Organe)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• HIV positiv / AIDS	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• Hepatitis (A, B, C, D, E) - wenn ja, welche Form?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein .....
• Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• Chronische Niereninsuffizienz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• Dialyse	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• Rheuma	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• Schilddrüsenerkrankungen - wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein .....
• Osteoporose (Knochendichteprobleme)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• Tumorerkrankungen - wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein .....



MVZ Munkelt Zahnarztpraxis GmbH  
Loburger Str.2, 48653 Coesfeld  
Tel: 02541/7677, www.dr-munkelt.de



## CMD– Check (Kiefergelenkbeschwerden)

Die Symptome einer CMD sind komplex. Von Kopf bis Fuß und von Gesichtsschmerz bis zur fehlerhaften Körperhaltung sind viele Einschränkungen denkbar.

Wir haben für Sie zur Orientierung einige Fragen zusammengestellt, die häufige und weniger häufige Beschwerden bei CMD erfassen. Wenn bereits eine funktionelle Störung des Craniomandibulären Systems vorliegt, sollten Sie möglichst bald wieder geheilt werden.

### Die Fragen:

Können Sie Ihren Unterkiefer nicht vollständig bewegen bzw. den Mund nicht normal öffnen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schmerzt Ihr Ohr oder der Bereich des Kiefergelenks (direkt vor dem Ohr)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Leiden Sie unter Knack- oder Reibegeräuschen beim Essen, Mundöffnen oder -schließen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Litten oder leiden Sie phasenweise oder dauerhaft unter Ohrgeräuschen, auch Tinnitus genannt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Denken sie manchmal, dass Ihr Biss nicht stimmt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Knirschen oder pressen Sie nachts oder bei bestimmten Tätigkeiten mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie einen Unfall erlitten mit Schädigungen im Hals-/Kopfbereich (Schleudertrauma etc.)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Quälen Sie regelmäßig Migräne oder Kopf- bzw. Gesichtsschmerzen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wachen Sie morgens mit verspannter Gesichtsmuskulatur auf oder haben Sie regelmäßig Verspannungen der Nacken- und/oder Schultermuskulatur?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Leiden Sie unter Gleichgewichtsstörungen? Ist Ihnen regelmäßig schwindelig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Klagen Sie über Schlafstörungen (gemeinsam mit Schnarchen, Atemaussetzern) und haben Sie tagsüber mit Müdigkeit zu kämpfen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

### Übrigens:

Die Untersuchung des Kausystems – auch Manuelle Strukturanalyse – und ein kurzer Check der Ganzkörperstatik empfehlen sich vor großen Zahnbehandlungen. Denn statt auf einem schiefen Fundament etwas Neues aufzubauen, sollte erst das Fundament korrigiert werden.

Das gilt auch,

- wenn umfangreiche zahnärztliche Veränderungen vorgesehen sind (z. B. Kronen, Brücken, Zahnersatz),
- wenn eine kieferorthopädische Behandlung ansteht,
- wenn Implantate gesetzt werden,
- wenn eine schlaftherapeutische ‚Schnarcherschiene‘ eingesetzt werden soll.

Hier ist es wichtig vorher zu wissen, wo mögliche Risiken in der geplanten Therapie berücksichtigt werden müssen.

**Für weitere Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.**



MVZ Munkelt Zahnarztpraxis GmbH  
Loburger Str.2, 48653 Coesfeld  
Tel: 02541/7677, www.dr-munkelt.de



4. Bestehen zur Zeit andere Krankheiten?

 ja

nein

wenn ja, welche?

5. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

 ja

nein

wenn ja, welche: ASS  Marcumar  
Sonstige:

6. Wann war die letzte zahnärztliche Röntgenuntersuchung?

7. **Für Frauen:** Besteht eine Schwangerschaft?

 ja

nein

ungewiss

wenn ja, welcher Monat?

Ich werde hiermit darauf hingewiesen, dass meine Verkehrstüchtigkeit unter dem Einfluss von Betäubungsmitteln (Spritzen) beeinträchtigt ist und dass jede zahnärztliche Behandlung Risiken, bis hin zu lebensbedrohlichen Situationen bergen kann.

**Ich verpflichte mich, Änderungen meiner Adresse und meines Gesundheitszustandes bei jedem Besuch in Ihrer Praxis unaufgefordert anzugeben.**

Datum

Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten

**Hiermit willige ich ein, dass die Zahnarztpraxis Munkelt die erhobenen Patientendaten vertretungshalber mit den Kollegen/Kolleginnen aus der Praxisgemeinschaft sowie den Mitarbeitern eines evtl. beauftragten externen Labors sämtliche erforderlichen medizinischen und sonstigen personenbezogenen Daten in Bezug auf meine Person austauschen darf, soweit dies für meine Behandlung erforderlich ist. Diese Einwilligung umfasst auch Kollegen aus anderen Praxen, sofern Informationen zu Ihrem Behandlungsfall ausgetauscht werden müssen. Die Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen!**

Datum

Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten

Wir danken Ihnen für Ihre Angaben!