

# Anamnesebogen

## Patient

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_ PLZ und Ort \_\_\_\_\_

Telefon (privat) \_\_\_\_\_ Telefon (mobil) \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_ Telefon (geschäftlich) \_\_\_\_\_

Krankenkasse (gesetzlich) \_\_\_\_\_ Krankenkasse (privat) \_\_\_\_\_

Beihilfeberechtigt  private Zusatzversicherung

## Versicherter (falls abweichend)

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

## Betreuer (falls vorhanden)

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

## Hausarzt

Name \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Was ist der Grund Ihres Zahnarztbesuches?

\_\_\_\_\_

Wünschen Sie eine gezielte Beratung?  Ja  Nein

Wenn ja, worüber? \_\_\_\_\_

Wodurch sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

\_\_\_\_\_

Bitte nächste Seite nicht vergessen

# Anamnesebogen

Auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, die folgenden Fragen sorgfältig auszufüllen. Ihr Anamnesebogen wird Ihren persönlichen Unterlagen beigelegt. Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

## Allgemeines:

Nehmen Sie regelmäßig „Blutverdünner“ ein? (z.B. Marcumar, Aspirin)

Nein  Ja - wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie andere Medikamente regelmäßig ein?

Nein  Ja - wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

- |  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Leiden Sie unter Zahnfleischbluten?          | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Leiden Sie unter Mundgeruch?                 | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie Kiefergelenksprobleme?             | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Rauchen Sie mehr als 4 Zig. täglich?         | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Besteht eine Schwangerschaft?                | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie ein künstliches Hüft-/ Kniegelenk? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Haben sie eine künstliche Herzklappe?        | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie einen Herzschrittmacher?           | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> nein |

## Haben oder hatten sie folgende Erkrankungen?

Allergien  Ja  nein

Wenn ja, worauf? \_\_\_\_\_

- |  |                              |                               |                                      |                                      |
|--|------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| Infektionserkrankung :                 | <input type="checkbox"/> HIV | <input type="checkbox"/> TBC  | <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> Hepatitis C |
| Herz-Kreislaufkrankung                 | <input type="checkbox"/> Ja  | <input type="checkbox"/> nein |                                      |                                      |
| Hoher Blutdruck                        | <input type="checkbox"/> Ja  | <input type="checkbox"/> nein |                                      |                                      |
| Niedriger Blutdruck                    | <input type="checkbox"/> Ja  | <input type="checkbox"/> nein |                                      |                                      |
| Asthma oder Lungenerkrankung           | <input type="checkbox"/> Ja  | <input type="checkbox"/> nein |                                      |                                      |
| Lebererkrankung( Hepatitis, Gelbsucht) | <input type="checkbox"/> Ja  | <input type="checkbox"/> nein |                                      |                                      |
| Nierenerkrankung                       | <input type="checkbox"/> Ja  | <input type="checkbox"/> nein |                                      |                                      |
| Schilddrüsenkrankung                   | <input type="checkbox"/> Ja  | <input type="checkbox"/> nein |                                      |                                      |
| Rheuma                                 | <input type="checkbox"/> Ja  | <input type="checkbox"/> nein |                                      |                                      |
| Magen-Darm-Erkrankung                  | <input type="checkbox"/> Ja  | <input type="checkbox"/> nein |                                      |                                      |
| Blutgerinnungsstörung/ Blutungsneigung | <input type="checkbox"/> Ja  | <input type="checkbox"/> nein |                                      |                                      |
| Epilepsie                              | <input type="checkbox"/> Ja  | <input type="checkbox"/> nein |                                      |                                      |
| Grüner Star                            | <input type="checkbox"/> Ja  | <input type="checkbox"/> nein |                                      |                                      |

Weitere Erkrankungen \_\_\_\_\_

Bitte teilen Sie uns mit, wenn sich Ihr Gesundheitszustand verändert hat. Beachten Sie auch, dass Medikamente und Betäubungsspritzen Ihr Reaktionsvermögen im Straßenverkehr beeinträchtigen können.

Wir bitten für den Fall dass Sie einen Termin einmal nicht wahrnehmen können, um Terminabsage **mindestens einen Tag** vorher.

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift