



## Anamnesebogen

Herzlich willkommen in unserer Praxis. Bitte nehmen Sie sich einen Moment Zeit, um unsere Fragen zu beantworten. Dies ist wichtig, damit wir Ihre zahnmedizinischen Wünsche zu Ihrer vollsten Zufriedenheit erfüllen und Risiken bei der Behandlung minimieren. Vielen Dank!

### Patient

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße/Nr \_\_\_\_\_

PLZ/ Ort \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Zusatzversicherung \_\_\_\_\_

Telefon priv. \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

### Versicherter

(bei Versicherung über ein Familienmitglied)

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße/Nr \_\_\_\_\_

PLZ/ Ort \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Zusatzversicherung \_\_\_\_\_

Mobil \_\_\_\_\_

Telefon gesch. \_\_\_\_\_

Arbeitgeber \_\_\_\_\_

### Hausarzt

(bzw. andere Ärzte, bei denen Sie in ständiger Behandlung sind)

\_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Empfehlung von \_\_\_\_\_

Telefon- /Branchenbuch

Internet/Suchmaschine \_\_\_\_\_

Sonstiges \_\_\_\_\_

Wollen Sie halbjährlich an die Vorsorgeuntersuchung erinnert werden?  Ja  Nein

Bitte wenden!

## Allergien

Besteht der Verdacht auf eine Überempfindlichkeit bei bestimmten Materialien? Wenn Ja, welche?  Ja  Nein

---

Besitzen Sie einen Allergiepass?  Ja  Nein

## Rund ums Herz - Haben oder hatten Sie...

eine Herzschwäche/ -insuffizienz?  Ja  Nein

einen unregelmäßigen Herzschlag?  Ja  Nein

Herzasthma / Angina pectoris?  Ja  Nein

einen Herzschrittmacher?  Ja  Nein

einen Herzklappenersatz?  Ja  Nein

einen Herzinfarkt?  Ja  Nein

eine Herzklappenentzündung?  Ja  Nein

einen hohen Blutdruck?  Ja  Nein

einen niedrigen Blutdruck?  Ja  Nein

## Leiden Sie an...

Zuckerkrankheit (Diabetes)?  Ja  Nein

Schilddrüsenerkrankung?  Ja  Nein

Nierenerkrankung?  Ja  Nein

Lebererkrankung?  Ja  Nein

Blutungsneigung (Hämophilie)?  Ja  Nein

Osteoporose?  Ja  Nein

Brustkrebs / Prostatakrebs?  Ja  Nein

einer chronischen Erkrankung der Atemwege (Asthma, etc.)?  Ja  Nein

Epilepsie oder ähnlichen Nervenerkrankungen?  Ja  Nein

## Infektionen

Wurde bei Ihnen eine der folgenden Infektionskrankheiten nachgewiesen?

Hepatitis A/B/C, Tuberkulose, HIV  Ja  Nein

(wenn zutreffend bitte unterstreichen)

## Weitere Angaben

Sind Sie schwanger?  Ja  Nein

Wurden Sie in den letzten 2 Jahren im Kieferbereich geröntgt?  Ja  Nein

Haben Sie einen Röntgenpass?  Ja  Nein

Tragen Sie eine Gelenkprothese?  Ja  Nein

Nehmen Sie Medikamente?  Ja  Nein

z.B.: Marcumar, ASS, Bisphosphonate, etc.

Wenn Ja, welche?

---

---

---

Erkrankungen, die noch nicht genannt wurden:

---

Fragen und Anmerkungen:

---

---

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

Alle von Ihnen gemachte Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden nicht an Dritte weitergegeben. Bitte informieren Sie uns vor jedem Besuch über Veränderungen Ihres Gesundheitszustandes. Um Ihre Wartezeit kurz zu halten, führen wir die Praxis nach dem Bestellprinzip. In Einzelfällen kann es aufgrund von Notfallbehandlungen dennoch zu Verzögerungen kommen. Wir bitten Sie einen vereinbarten Termin, den Sie nicht einhalten können, rechtzeitig abzusagen. Vielen Dank für Ihr Verständnis.