



# Anamnesebogen

## Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe. Wir bitten Sie diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen können. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

## Persönliches

Name, Vorname		Geburtsdatum	
Straße		PLZ, Ort	
Telefon Festnetz	Telefon Arbeit	Telefon Mobil	
E-Mail		Beruf, Arbeitgeber	

## Versicherung

Krankenkasse

<input type="checkbox"/> Gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> Privat versichert	<input checked="" type="checkbox"/> Zusatzversicherung
<input type="checkbox"/> Basistarif	<input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigt	<input type="checkbox"/> Gesetzlicher Vormund

Sind Patient und Mitglied der Versicherung nicht identisch, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers:

Name, Vorname		Geburtsdatum	
Straße		PLZ, Ort	

## Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

<input type="checkbox"/> Persönliche Empfehlung	<input type="checkbox"/> Im Vorbeigehen	<input type="checkbox"/> Anzeige: _____
<input type="checkbox"/> Überweisender Arzt: _____	<input type="checkbox"/> Internet: _____	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____

## Allgemeine Gesundheitssituation

	ja	nein
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

wenn ja, welche:

---

Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatische Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

wenn ja, welche:

---

Sonstige Erkrankungen:

Bei bekannten Herzerkrankungen:

Benötigen Sie eine  
Endokarditis Prophylaxe?

	ja	nein
Infektionskrankheiten:		
HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige:		

Nehmen Sie Medikamente ein?

wenn ja, welche:

Herzmedikamente: \_\_\_\_\_

Cortison: \_\_\_\_\_

Schmerzmittel: \_\_\_\_\_

Antidepressiva: \_\_\_\_\_

blutverdünnende Medikamente  
[z.B. ASS, Marcumar, Heparin]: \_\_\_\_\_

Sonstige: \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?

Für unsere Patientinnen:

Sind Sie schwanger?

wenn ja, welche Woche: \_\_\_\_\_

## Mundgesundheitsituation

Haben Sie ein bestimmtes Anliegen, welches Sie in unsere Praxis führt?

<input type="checkbox"/> Vorsorgeuntersuchung	<input type="checkbox"/> Beratung	<input type="checkbox"/> Schmerzbehandlung
<input type="checkbox"/> Neuer Zahnersatz	<input type="checkbox"/> Überweisung Zahnarzt	<input type="checkbox"/> Zweite Meinung
<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____		

	ja	nein
Fand in letzter Zeit eine Röntgenuntersuchung statt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Zahnfleischprobleme? Blutungen beim Zähneputzen? Zahnfleischrückgang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig halbjährlich/jährlich professionell gereinigt (PZR, Prophylaxe)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dürfen wir Ihnen den Service bieten, Sie halbjährlich/jährlich an Ihre PZR zu erinnern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Sie haben von der DSGVO Kenntnis genommen und stimmen dieser mit Ihrer Unterschrift zu.**

Wir bieten Ihnen den Service einer reinen Bestellpraxis. Das heißt, an Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert. **Wir bitten Sie daher den Termin mindestens 24 Stunden vorher anzusagen!**  
Das gibt uns die Chance, Termine anderen Patientinnen und Patienten anzubieten.

Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Gesundheitsangaben mit Ihrer Unterschrift.

Ort, Datum

Unterschrift