

## ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient,

für eine individuelle, auf Ihre Gesundheit angepasste Behandlung und Beratung benötigen wir einige Angaben zu Ihrer Person sowie Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben.

Bitte füllen sie diesen Bogen vollständig aus. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Sollte etwas unklar sein, fragen Sie uns.

Sollten sich im Laufe der Zeit Änderungen zu Ihren Angaben ergeben, informieren Sie uns bitte.  
Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

### PERSÖNLICHE DATEN

Name / Vorname

Geburtsdatum

Str. / Hausnr.

PLZ / Ort

Tel. privat

Tel. mobil

E-Mail-Adresse

Beruf

Krankenkasse / private Krankenversicherung

Arbeitgeber

gesetzlich versichert     privat versichert     Basistarif     Zusatzversicherung     beihilfeberechtigt

### WENN SIE NICHT SELBST KRANKENVERSICHERUNGSMITGLIED SIND, WER IST DER VERSICHERTE?

Name / Vorname

Geburtsdatum

Str. / Hausnr.

PLZ / Ort

Tel. privat

### WER IST IHR HAUSARZT?

Name

Ort

Tel. Nr.

### FÜR UNSERE NEUPATIENTEN - IN EIGENER SACHE

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Möchten Sie von uns per Post, E-Mail oder telefonisch an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnert werden?     Ja     Nein

Warum suchen Sie uns auf? Wünschen Sie eine/n...

Routinekontrolle     Beratung     Schmerzbehandlung     Neuen Zahnersatz     zweite Meinung

Andere Gründe

Bitte wenden



Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen:

- Anfallsleiden (Epilepsie)       Atemwegserkrankungen (chronische Bronchitis, Asthma)?       Blutgerinnungsstörung  
 Diabetes (Zuckerkrankheit)       Glaukom (erhöhter Augeninnendruck)

Eine Herz-Kreislauf-Erkrankung bzw.

- Bluthochdruck       Endokarditis (Herzklappenentzündung)       Herzinfarkt  
 Herzschrittmacher       Herzklappenfehler/Klappenersatz       Apoplex (Schlaganfall)

Infektiöse Erkrankung wie z.B.

- Hepatitis (Gelbsucht) - A       Hepatitis (Gelbsucht) - B       Hepatitis (Gelbsucht) - C  
 HIV-Infektion (AIDS)       Tuberkulose

- Lebererkrankungen       Nierenerkrankungen       Ohnmachtsneigung  
 Schilddrüsenkrankungen       Rheuma       Osteoporose

Maligne Erkrankungen wie Tumoren?       Ja       Nein

Wenn ja, welcher Art

Sonstige Erkrankungen

Bestehen bei Ihnen Allergien?

#### MEDIKAMENTE

- Herzmedikamente       Schmerzmittel       Antidepressiva       Bisphosphonate       Kortison  
Blutverdünnende Medikamente       ASS       Marcumar

Andere Medikamente

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente (Jod, Penicillin) oder Spritzen aufgetreten?

- Nein       Ja, gegen...

Rauchen Sie?       Nein       Ja, bis zu 10 Zigaretten am Tag       Ja, mehr als 10 Zigaretten am Tag

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?       Nein       Ja

Nehmen Sie gelegentlich Drogen oder Aufputzmittel?       Nein

Ja...

Für unsere Neupatienten: Wann war die letzte Röntgenaufnahme Ihrer Zähne?

Datum

Sind Sie damit einverstanden, wenn bei Behandlungen (wie z.B. Legen einer Kunststofffüllung) Fotos Ihrer Zähne mit einer intraoralen Kamera zur Dokumentation gemacht werden?

- Ja       Nein

Für unsere Patientinnen, besteht eine Schwangerschaft?

Nein

Ja, in welcher Woche?

Datum

X

Unterschrift