

# Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis.

Für eine risikofreie Behandlung ist die gewissenhafte Beantwortung der Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand von besonderer Bedeutung.

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht des Arztes und seines Teams.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

## Patient

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

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

## Telefonnummern

Privat: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

Geschäftlich: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber, Ort: \_\_\_\_\_

## Wer ist Hauptversicherter?

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

## Wer soll die Rechnung erhalten?

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes? ja  nein

Versicherung: \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Empfehlung  Arzt/Zahnarzt  Internet

## Bestehen gesundheitliche Risiken?

1. Haben Sie zu hohen Blutdruck? ja  nein

2. Haben Sie zu niedrigen Blutdruck? ja  nein

3. Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens? ja  nein

Herzrhythmusstörung  Herzklappenfehler oder Herzklappenprothesen  Herzoperationen

Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)  Sonstiges: \_\_\_\_\_

Herzschrittmacher  Herzpass - ausgestellt am: \_\_\_\_\_



**4. Haben oder hatten Sie eine der nachstehend aufgeführten Erkrankungen?**

- |   |                          |                            |
|---|--------------------------|----------------------------|
| Zuckerkrankheit   | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Erkrankungen des Blutes (z.B. langes Nachbluten, Blutgerinnungsstörungen)                             | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Allergien   | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Wenn ja, welche? (z.B. Heuschnupfen) _____  |                          |                            |
| Schilddrüsenerkrankung  | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Asthma/Lungenerkrankung   | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Nervenerkrankung  | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Lebererkrankung/Gelbsucht   | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Rheuma/rheumatisches Fieber   | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Nierenerkrankung  | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Osteoporose   | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Tumorerkrankung   | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)  | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Magen- Darmerkrankung   | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Immunschwäche (HIV positiv)   | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> Hepatitis A <input type="radio"/> Hepatitis B <input type="radio"/> Hepatitis C |                          | nein <input type="radio"/> |
| Tuberkulose   | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |

**5. Nehmen Sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung hemmen (z.B. Marcumar)** ja  nein   
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**6. Nehmen Sie Bisphosphonate ein?** ja  nein   
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**7. Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?** ja  nein   
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**8. Bestehen zur Zeit sonstige Erkrankungen?** ja  nein   
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**9. Nehmen Sie derzeit Medikamente ein?** ja  nein   
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**10. Wann wurden Sie zum letzten mal geröntgt?**  
Datum (ungefähr): \_\_\_\_\_ Organ: \_\_\_\_\_



11. Für **Patientinnen**: Sind Sie schwanger? ja  nein

12. Rauchen Sie? Wie viel täglich? \_\_\_\_\_ ja  nein

13. Hauszahnarzt: \_\_\_\_\_

14. Hausarzt: \_\_\_\_\_

### Was ist der Grund für Ihren Besuch bei uns?

Überweisung vom Haus(zahn)arzt ja  nein

Eine (zahn)ärztliche Kontrolluntersuchung ja  nein

In welcher (Zahn)Arztpraxis waren Sie zuvor? \_\_\_\_\_

Sonstiger Grund \_\_\_\_\_

Haben Sie Zahnschmerzen? ja  nein

Blutet Ihr Zahnfleisch? ja  nein

Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück? ja  nein

Sind Ihre Zähne gelockert? ja  nein

Haben Sie Schmerzen/Geräusche im Kiefergelenk? ja  nein

#### Privatleistungen:

Wünschen Sie eine Beratung über Implantate ? ja  nein

Wünschen Sie eine Beratung über plastische/ästhetische Operationen ? ja  nein

Wünschen Sie eine Beratung zu Bißanomalien ? ja  nein

Ich möchte an regelmäßige Termine erinnert werden

Kontrolluntersuchungen ja  nein

Professionelle Zahnreinigung ja  nein

Die Erinnerung wünsche ich

per Brief

per E-Mail

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

\_\_\_\_\_  
**Datum, Unterschrift**

