

## Anamnesebogen

### Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Um Sie optimal und nach Ihren Bedürfnissen behandeln zu können, bitten wir Sie, folgende Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand zu machen. Die Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztliche Schweigepflicht. Bitte teilen Sie uns auch künftige Änderungen Ihres Gesundheitszustandes oder Ihrer Anschrift mit.

### Patient(in)

.....

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

.....

Geburtsort	Beruf
------------	-------

### Anschrift

.....

Straße	PLZ Ort
--------	---------

.....

Telefon	Telefon Mobil	Email
---------	---------------	-------

### Krankenkasse

.....

Name der Krankenkasse	Versicherte(r)
-----------------------	----------------

Pflichtversichert Ja  Nein

Freiwillig versichert Ja  Nein

Haben Sie eine Zusatzversicherung? Ja  Nein

Haben Sie Kostenerstattung gewählt? Ja  Nein

### Versichertendaten (sofern sie von den Patientendaten abweichen)

Rechnung an  Patient(in)  Versicherte(n)

.....

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

.....

Straße	PLZ Ort
--------	---------

Wie möchten Sie an Ihren nächsten **Termin** erinnert werden?

telefonisch  per SMS  per Email

**Bitte Blatt wenden!**

1. Haben bzw. hatten Sie eine der folgenden **Krankheiten?** (Bitte ankreuzen)

- Asthma Ja  Nein
- Allergien (wie Heuschnupfen) Ja  Nein
- Wenn ja, welche .....
- Unverträglichkeiten von Medikamenten? Ja  Nein
- Wenn ja, welche? .....
- Blutdruck niedrig  hoch  normal
- Herzinfarkt Ja  Nein
- Künstliche Herzklappe Ja  Nein
- Diabetes (Zuckerkrankheit) Ja  Nein
- Rheuma Ja  Nein
- Blutgerinnungsstörung Ja  Nein
- Schlaganfall Ja  Nein
- Gelbsucht Ja  Nein
- Lebererkrankung (Gelbsucht) Ja  Nein
- Schilddrüsenerkrankung Ja  Nein
- Nierenerkrankung Ja  Nein
- Lungenerkrankung Ja  Nein
- Nasen-/Nebenhöhlenerkrankungen Ja  Nein
- TBC Ja  Nein
- Epilepsie Ja  Nein
- Hepatitis Ja  (B  C ) Nein
- HIV-Infektionen Ja  Nein
- Sonstige .....

2. Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente/Drogen?** Ja  Nein

Wenn ja, welche ? .....

3. Besteht zurzeit eine **Schwangerschaft** Ja  Nein  ungewiss

Wenn ja, welche Woche .....

4. Tragen Sie einen **Herzschrittmacher** Ja  Nein

5. Wurden bei Ihnen **Operationen** durchgeführt? Ja  Nein

Wenn ja, welche und wann? .....

6. Wann war die letzte **Röntgenuntersuchung** .....

7. **Rauchen** Sie? Ja  Nein  ..... Stück/Tag

8. **Grund Ihres Besuchs**

- Kontrolluntersuchung Ja  Nein
- Zahnschmerzen Ja  Nein
- Zahnfleischbluten Ja  Nein
- Beratung rund um Zahnersatz Ja  Nein
- Migräne/Kopf-/Nackenschmerzen Ja  Nein
- Kiefergelenkschmerzen Ja  Nein
- Knirschen Ja  Nein
- Mundgeruch Ja  Nein

Sonstiges .....

### 9. Sie sind uns wichtig

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?

Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen      Ja       Nein

Starke Schmerzempfindlichkeit      Ja       Nein

Starker Würgereiz      Ja       Nein

Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch am meisten vermisst?

.....

.....

### 10. Beratungswunsch

Professionelle Zahnreinigung      Ja       Nein

Weißer Zähne (Bleaching)      Ja       Nein

Weisheitszähne      Ja       Nein

Schnarchtherapie      Ja       Nein

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung.

### 11. Hausarzt

.....

Name

Ort

Telefon

.....

Datum

.....

Unterschrift Patient(in) / Erziehungsberechtigten