

Anamnesebogen

Patient:

Name _____ Vorname _____ geb. am _____

Straße _____ PLZ _____ Ort _____

Tel.-Nr. _____ E-Mail _____

Arbeitgeber:

Beruf _____ Arbeitgeber _____ Tel.-Nr. _____

Versicherter:

Name _____ Vorname _____ geb. am _____

Straße _____ PLZ _____ Ort _____

Tel.-Nr. _____

Krankenkasse: _____

Für gesetzlich versicherte Patienten: Private Zusatzversicherung ☐ Ja ☐ Nein

Für privat versicherte Patienten: Basistarif? ☐ Ja ☐ Nein
☐ Ich bin beihilfeberechtigt

Um Ihnen unnötige Wartezeiten zu ersparen, wird unsere Praxis nach dem Bestell-System geführt.
Deshalb bitten wir Sie, Ihren Termin pünktlich einzuhalten oder aber 24 Stunden vorher abzusagen, da wir uns ansonsten erlauben die entstehenden Kosten in Rechnung zu stellen.

Wurden wir Ihnen empfohlen? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, von wem? _____

Viele Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Um eine adäquate und risikoarme Behandlung zu ermöglichen, bitten wir Sie, die nachfolgenden Fragen so genau wie möglich zu beantworten.

Sollten Sie beim Beantworten Schwierigkeiten haben, helfen wir Ihnen gerne.

Leiden Sie unter Herz-Kreislauf-Erkrankungen?

- | | |
|---|---|
| ☐ Hoher Blutdruck | ☐ Herzschrittmacher |
| ☐ Niedriger Blutdruck | ☐ Herzinfarkt |
| ☐ Herzklappenfehler/-ersatz | |
| ☐ Sonstiges | |
-

Leiden Sie unter Allergien oder Unverträglichkeiten?

- | | |
|--|-----------------------------------|
| ☐ Lokalanästhetika / „Spritze“ | ☐ Antibiotika |
| ☐ Schmerzmittel | ☐ Latex |
| ☐ Metalle | ☐ Jod |
| ☐ Sonstiges | |
-

Falls Sie einen Allergiepass besitzen, legen Sie ihn uns bitte vor.

Leiden Sie unter Immunschwäche?

- ☐ HIV / AIDS
 - ☐ Hepatitis A / B / C
 - ☐ Einnahme von Cortison
 - ☐ Bestrahlung / Chemotherapie
 - ☐ Blutkrebs
 - ☐ Zustand nach Organtransplantation
 - ☐ Sonstiges
-

Leiden Sie unter weiteren Erkrankungen?

- | | |
|--|------------------------------|
| ☐ Tumorerkrankungen | ☐ Reflux |
| ☐ Nierenerkrankungen | ☐ Asthma |
| ☐ Verdauungsstörungen | |
| ☐ Diabetes / Zucker | |
| ☐ Osteoporose | |
| ☐ Schilddrüsenerkrankung | |
| ☐ Grauer Star | |
| ☐ Grüner Star | |
| ☐ Blutgerinnungsstörung | |
| ☐ Ohnmachtsneigung | |
| ☐ Rheuma | |
| ☐ Sonstiges | |
-

Allgemeine Angaben

- ☐ Künstliche Gelenke
Wenn ja, wann war die OP? _____
 - ☐ Schnarchen
 - ☐ Schlafapnoe / Atemaussetzern
 - ☐ Schlafmaske
 - ☐ Rauchen
 - ☐ Schwangerschaft
 - ☐ Regelmäßige Medikamenteneinnahme oder Infusionen
- Wenn ja, welche? _____
-

Grund Ihres Besuchs (bitte ankreuzen)

- ☐ Kontrolluntersuchung
 - ☐ Zahnschmerzen
 - ☐ Zahnfleischbluten
 - ☐ Parodontose / Parodontitis
 - ☐ Kiefergelenks- / Gesichtsschmerzen
 - ☐ Migräne / Kopf- / Nackenschmerzen
 - ☐ Knirschen
 - ☐ Mundgeruch
 - ☐ Sonstiges _____
-

Sie sind uns wichtig: Gibt es etwas, was wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen sollen?

- ☐ Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen
 - ☐ starke Schmerzempfindlichkeit
 - ☐ Würgereiz
 - ☐ Sonstiges _____
-

Haben Sie Interesse an:

- ☐ professioneller Zahnreinigung
- ☐ Bleaching / Aufhellen von Zähnen
- ☐ Untersuchung auf Verträglichkeit von Füllungsmaterialien
- ☐ Implantaten
- ☐ andere Selbstzahlerleistungen, die die Behandlung optimieren können

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt. Bitte teilen Sie uns jede Änderung der Anschrift, Telefonnummer, des Gesundheitszustandes oder von Medikamenteneinnahmen mit.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit aller Angaben.

Datum

Unterschrift des Patienten / Versicherten / Erziehungsberechtigten