

# Anamnesebogen



## Liebe Patientin, lieber Patient!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, uns diesen Erhebungsbogen **leserlich** auszufüllen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt!  
Bitte beachten Sie, dass unsere Behandlungsstühle nur bis zu einem Maximalgewicht von 135 kg ausgelegt sind, bei höherer Belastung erfolgt die Benutzung auf eigene Gefahr!

## Persönliches

Name/Vorname	Geburtstag
Straße/Nr.	PLZ/Ort
Tel. Festnetz	Tel. Mobil
E-Mail	Beruf
Krankenkasse/Versicherung	Zusatzversicherung <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Falls Sie **privat** versichert sind: beihilfeberechtigt  ja  nein  
Haben Sie **reduzierte** Versicherungsleistungen (**BASISTARIF**)  ja  nein

## Sind Sie familienversichert? Wenn ja, über wen?

Name/Vorname	Geburtstag
Straße/Nr.	PLZ/Ort

## Wer ist Ihr Hausarzt?

Name	Ort
Tel.-Nr.	

## Hinweise zur Organisation

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte sagen Sie ihn mindestens 48 Stunden vorher ab.

## In eigener Sache...

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?  
 von Bekannten empfohlen  Telefon- / Branchenbuch  Zeitungsanzeige  
 Überweisung  Internet / Suchmaschine  Sonstiges

Falls wir Ihnen empfohlen wurden, haben Sie sich im Vorfeld unseren Internetauftritt angeschaut?  
 ja  nein

Möchten Sie von uns kostenfrei per Postkarte an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnert werden?  
 ja  nein

bitte wenden →

## Ihr Lächeln

### Sind Sie zufrieden mit...?

Ihrer Zahnfarbe  ja  nein

Ihrer Zahnstellung  ja  nein

## Haben Sie ...?

### Infektionen/Erkrankungen

Hohen Blutdruck

Niedrigen Blutdruck

Diabetes

Zahnfleischbluten

Mundgeruch

Ohrensausen/Tinnitus

Mundtrockenheit

HIV (Aids)

Hepatitis

- Wenn ja, welcher Typ?  A  B  C

## Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie...?

eine Herzklappenentzündung

Angina Pectoris (Brustenge)

einen Herzschrittmacher

künstliche Herzklappe

einen Herzinfarkt

## Leiden Sie an Erkrankungen der/des...?

Herzens oder Kreislaufs  ja  nein

Leber  ja  nein

Nieren  ja  nein

Schilddrüse  ja  nein

Magen-Darm-Traktes  ja  nein

Gelenke (Rheuma)  ja  nein

Wirbelsäule  ja  nein

## Sonstige Erkrankungen:

## Allergien (bitte Allergiepass vorlegen):

## An unsere Patientinnen: Sind Sie schwanger? ja nein

Wenn ja, wann ist Ihr Entbindungs-Termin?

## Medikamente – Nehmen Sie ...?

Herzmedikamente  Cortison

Schmerzmittel  Antidepressiva

Blut verdünnende Medikamente, z.B. Marcumar, ASS?

andere Medikamente:

## Biologische Zahnmedizin (s. Beiblatt)

Wären Sie an einer individuellen, umweltzahnmedizinischen Austestung interessiert, mit deren Hilfe wir Unverträglichkeiten Ihres Körpers auffinden und die für Sie am besten geeigneten Füllungs- u. Zahnersatzmaterialien bestimmen können?  ja  nein

## Unverträglichkeiten

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten?  ja  nein

Wenn ja, gegen welche?

## ... zum Schluss

Knirschen Sie mit den Zähnen?  ja  nein

Rauchen Sie?  ja  nein

## Fragen/Anmerkungen

Hiermit bestätige ich, dass meine Daten zu medizinischen/zahnmedizinischen Zwecken an berechnigte Dritte (Labor, mitbehandelnde Ärzte, nachbehandelnder Zahnarzt) weitergegeben werden dürfen, sofern dies für meine weitere Behandlung notwendig ist. Des Weiteren versichere ich, wahrheitsgemäße Angaben gemacht und alle Punkte dieses Fragebogens verstanden zu haben.

Datum

Unterschrift