

# Anamnesebogen

*Sehr geehrte(r) Patient(in)*

*Herzlich willkommen in unserer Praxis*

*Dieser Anamnesebogen dient Ihrer Gesundheit und Sicherheit. Bitte lesen Sie ihn durch und füllen Sie ihn sorgfältig aus.*

## **Persönliche Angaben:**

Name: .....  
Vorname: .....  
Geburtsdatum: .....  
Adresse: .....  
Handynummer: .....  
Beruf: .....  
Arbeitgeber: .....  
Krankenkasse: .....

Gesetzlich versichert  freiwillig  privat versichert  Basistarif: ja  nein   
Haben Sie eine Zusatzversicherung? .....  
Haben Sie ein Bonusheft? .....

## **Welche der nachstehend aufgeführten Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt?**

### **Angaben zu bestehenden Erkrankungen:**

	ja	nein
Hoher Blutdruck.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankung: künstliche Herzklappen, Schrittmacher, Endokarditis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie Endokarditisprophylaxepflichtig?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung, INR-Wert.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Immunschwäche.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenerkrankungen, Asthma.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervenerkrankung.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfallsleiden, Epilepsie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen-Darmerkrankung.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glaukom (Grüner star) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumorerkrankungen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Allergien/Unverträglichkeiten:**

ja    nein

Lokalanästhetika.....    

Schmerzmittel.....    

Antibiotika (z.B. Penicillin) .....    

Andere.....    

**Infektionserkrankungen:**

ja    nein

HIV/AIDS.....    

Hepatitis (z.B. Gelbsucht).....    

Tuberkulose.....    

Andere.....    

**Allgemeine Angaben:**

ja    nein

Sonstige Erkrankungen.....    

Regelmäßige Medikamente.....    

.....    

Drogenkonsum.....    

Alkoholenuss.....    

Raucher.....    

Besteht eine Schwangerschaft.....    

Haben Sie jemals oder nehmen Sie zurzeit Bisphosphonate ein? .....    

Waren Sie vor kurzem oder sind Sie zurzeit noch in ärztlicher Behandlung? .....    

Weshalb suchen Sie uns auf? Was ist Ihr Hauptanliegen? .....    

Haben Sie in Moment Zahnschmerzen? .....    

Welche zahnärztlichen Probleme liegen vor?

Karies                       Aussehen der Zähne     Zahnfleischprobleme     Verletzungen

Kiefergelenksprobleme                       Probleme mit vorhandenen Versorgung

Traten jemals Komplikationen bei der zahnärztlichen Behandlung auf? .....    

Möchten Sie von uns an fällige Vorsorgeuntersuchungen erinnert werden? .....    

Sind Sie an professionelle Zahnreinigung interessiert? .....    

Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden? .....    

.....

Empfohlen/Überwiesen durch:.....

**Wichtige Information:**

- Ihre Angaben werden von uns gegebenenfalls elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengsten Bestimmungen des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht.
- Veränderungen in gesundheitlichen Zustand sind dringend mitzuteilen.

- Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder spätestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin telefonisch oder schriftlich abzusagen. Für den Fall, nicht rechtzeitig abgesagt zu haben, verpflichte ich mich, für jeden nicht eingehalten Termin ein Ausfallhonorar in Höhe von 70,00 Euro zu bezahlen.
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit der obigen Angaben.

....., den .....

(Ort)

(Datum)

.....

(Unterschrift)