

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,
für eine an Ihre Gesundheit optimal angepasste zahnärztliche Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Angaben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliches

Name	Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
Anschrift			
Telefon	Handy		
E-Mail	Beruf		

Bei Familienversicherung, abweichende Angaben des Versicherten/ Zahlungspflichtigen:

Name	Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
Anschrift			

Versicherung

Gesetzlich versichert
 Privat versichert
 Zusatzversicherung
 Basistarif
 Beihilfeberechtigt
 Krankenkasse: _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Empfehlung
 Google
 Sonstiges:
 Beim Vorbeigehen
 Jameda
 Überweisung
 Werbung:

Allgemeine Gesundheitssituation

	Ja	Nein
Traten jemals Komplikationen bei zahnärztlichen Behandlungen auf? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja	Nein		Ja	Nein
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rheumatische Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Knochenschwund/Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>					
Haben Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Organtransplantationen/künstl. Herzklappen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>					
Krampfleiden/Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Strahlentherapie Kopf/Hals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenerkrankung/Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen-/Darmerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mundtrockenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grüner Star/Glaukom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft? wenn ja, welche Woche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sind/waren Sie Raucher/in? Zigaretten pro Tag: _____ Seit/bis wann? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mundgesundheitssituation:

Aus welchem Grund suchen Sie uns auf?

Kontrolle/Beratung	<input type="checkbox"/>	Sanierung	<input type="checkbox"/>	Schmerzbehandlung	<input type="checkbox"/>
Zweite Meinung	<input type="checkbox"/>	Verletzung	<input type="checkbox"/>	Ästhetik	<input type="checkbox"/>
Kiefergelenksprobleme/ gestörte Kaufunktion	<input type="checkbox"/>	Zahnfleischprobleme	<input type="checkbox"/>		

	Ja	Nein
Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig halbjährlich/jährlich professionell gereinigt (PZR, Prophylaxe)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dürfen wir Ihnen den Service bieten, Sie halbjährlich/jährlich an Ihre Vorsorge zu erinnern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Sie innerhalb des letzten Jahres geröntgt? Bei: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ort/Datum

Unterschrift Patient/-in bzw. gesetzl. Vertreter/-in*

*bei Personen unter 18 Jahren/Geschäftsunfähigen/beschränkt Geschäftsfähige

