



## Anamnesebogen

für eine an Ihren Gesundheitszustand optimal angepasste zahnärztliche Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Hierfür bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen und dabei die zutreffenden Antworten anzukreuzen. Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, besprechen Sie diese mit uns vor der Behandlung. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht.

### Persönliches

#### Patient

Name / Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße / Nr. \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Tel. privat \_\_\_\_\_ Tel. mobil \_\_\_\_\_

Email-Adresse \_\_\_\_\_

Arbeitgeber \_\_\_\_\_ Tel. Arbeit \_\_\_\_\_

#### Versicherter

Name / Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Krankenkasse / private Krankenversicherung \_\_\_\_\_

Gesetzlich versichert  ja  nein      Privat versichert  ja  nein      Basistarif  ja  nein  
Zusatzversicherung  ja  nein      beihilfeberechtigt  ja  nein

#### Wer ist Ihr Hausarzt?

Name \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

#### Leiden oder litten Sie an Erkrankung der / des

	ja	nein	Bei ja, bitte ggf. ergänzende Angaben
Herzens / Kreislaufs / Herzklappe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Leber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schilddrüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Magen-Darm-Traktes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gelenke (Rheuma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lunge (Asthma, COPD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Augenerkrankung (Glaukom, Star)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Infektionen (Hepatitis /HIV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

**Nehmen Sie Medikamente ein, wenn ja, welche?**  ja  nein

Bisphosphonate  ja  nein

Blutverdünner  ja  nein

sonstige Medikamente, (ggf. Medikamentenplan) \_\_\_\_\_

- bitte wenden -

## Haben oder hatten Sie

	ja	nein	
hohen / niedrigen Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Blutungsneigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ohrensausen / Tinnitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sonstige Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

## Allgemeines

	ja	nein
Wurden Sie in den letzten 6 Monaten operiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht eine Schwangerschaft / Stillzeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten?

ja  nein

Wenn ja, gegen welche? \_\_\_\_\_

	ja	nein
Knirschen Sie mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlen Sie sich psychisch stark belastet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wann war die letzte Röntgenuntersuchung ihrer Zähne?		

## In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

von Bekannten empfohlen  Internet  Sonstiges \_\_\_\_\_

Möchten Sie von uns per Post, E-mail oder telefonisch an Ihren Vorsorgetermin erinnert werden?

ja  nein

Warum suchen Sie uns auf? Wünschen Sie eine/n

Routinekontrolle  Beratung  neuen Zahnersatz  Schmerzbehandlung

zweite Meinung  andere Gründe \_\_\_\_\_

Fragen / Anmerkungen:

---

---

---

## Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Strassenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung u. U. Bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann. Dies kann sowohl durch die Behandlung selbst, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten hervorgerufen werden. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gerne ein Taxi, das Sie sicher nach Hause bringt.

## Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass Frau Weißenborn Einsicht in meine kompletten Unterlagen von Herrn Schilling nehmen darf  ja  nein

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_