



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 _____ Geburtsort: _____

Arbeitgeber _____ Tel. Arbeit _____

Versicherter (z. B. bei Familienmitglied)

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Krankenkasse / private Krankenversicherung _____

Gesetzlich versichert ☐ ja ☐ nein

Privat versichert ☐ ja ☐ nein

Basistarif ☐ ja ☐ nein

Zusatzversicherung ☐ ja ☐ nein

beihilfeberechtigt ☐ ja ☐ nein

Pflegegrad Stufe _____

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	☐	☐	_____
Leber	☐	☐	_____
Nieren	☐	☐	_____
Schilddrüse	☐	☐	_____
Magen-Darm-Traktes	☐	☐	_____
Gelenke (Rheuma)	☐	☐	_____
Lunge (Asthma, COPD)	☐	☐	_____
Augenerkrankung (Glaukom, Star)	☐	☐	_____
Osteoporose	☐	☐	_____
Infektionen (Hepatitis /HIV)	☐	☐	_____
Tumorerkrankung	☐	☐	_____

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	☐	☐	_____
Diabetes	☐	☐	_____
Allergien	☐	☐	_____
Blutungsneigung	☐	☐	_____
Epilepsie	☐	☐	_____
Ohrensausen / Tinnitus	☐	☐	_____
Sonstige Erkrankungen?	☐	☐	_____

Allgemeines

	ja	nein
Wurden Sie in den letzten 6 Monaten operiert?	☐	☐
Besteht eine Schwangerschaft / Stillzeit?	☐	☐

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, gegen welche? _____

	ja	nein
Knirschen Sie mit den Zähnen?	☐	☐
Fühlen Sie sich psychisch stark belastet?	☐	☐
Rauchen Sie?	☐	☐
Wann war die letzte Röntgenuntersuchung ihrer Zähne?		

In eigener Sache

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

☐ ja ☐ nein

Waren Sie in den letzten Jahren regelmäßig beim Zahnarzt?

☐ 5 Jahre ☐ 10 Jahre ☐ nicht regelmäßig Bonusheft vorhanden ☐ 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 Waren Sie regelmäßig beim Zahnarzt?

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 _____