



## Anamnesebogen

### Liebe Patientin, lieber Patient,

herzlich Willkommen in unserer Praxis und vielen Dank für Ihr Vertrauen.

Um eine mögliche zahnärztliche Therapie risikolos und individuell auf Sie abzustimmen, benötigen wir von Ihnen Informationen über Ihren Gesundheitszustand. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen vollständig aus und teilen uns zukünftig jede Veränderung mit. Alle Angaben in diesem Bogen unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.

### Patientendaten

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_ Telefon/Mobil : \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Gesetzliche Krankenkasse: \_\_\_\_\_

- pflichtversichert     freiwillig versichert     zusatzversichert     zuzahlungsfrei (Hartz IV)

Private Krankenkasse: \_\_\_\_\_

- vollversichert     Standardtarif     Anspruch auf Beihilfe

Name des Versicherten: \_\_\_\_\_

(falls abweichend von den Patientendaten)

Straße: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

### Persönliche Fragen

Was ist der Grund für Ihren Besuch in unserer Praxis? \_\_\_\_\_

Worauf legen Sie besonders Wert? \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

Wünschen Sie Informationen zu bestimmten Behandlungen? Zum Beispiel:

- Zahnersatz     Implantate     Füllungen     Prophylaxe  
 Parodontitis     Kiefergelenksbeschwerden     Andere: \_\_\_\_\_

Möchten Sie unverbindlich an die nächste Kontrolluntersuchung erinnert werden und/oder interessante Neuigkeiten aus der Praxis und der Zahnmedizin erfahren?

- Nein     Ja     per SMS     per Post     per Email

## Medizinische Fragen

Wer ist Ihr behandelnder Hausarzt? \_\_\_\_\_

Wann waren Sie zuletzt beim Zahnarzt (ungefähr)? \_\_\_\_\_

Haben Sie Angst vor der Zahnbehandlung?       nein       ja

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

nein       ja Welche? \_\_\_\_\_

---

Leiden Sie unter einer Medikamentenunverträglichkeit?

nein       ja Welche \_\_\_\_\_

Ist ein Medikamentenplan vorhanden?

nein       ja

Leiden Sie unter Allergien?

Nein       Ja       Heuschnupfen       Asthma       Latex

Antibiotika       Schmerzmittel       Andere \_\_\_\_\_

Leiden Sie an einer Infektionskrankheit?

Nein       Ja       Hepatitis A/B/C       TBC       HIV

Andere \_\_\_\_\_

Leiden Sie an einer Herz-Kreislaufkrankung?

Nein       Ja       Hoher Blutdruck       Niedriger Blutdruck

Schlaganfall       Herzinfarkt       Herzklappenerkrankung

Einnahme Blutverdünner       Herzschrittmacher

Andere \_\_\_\_\_

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

Rheuma       Epilepsie       Grauer Star       Blutungsneigung

Lungenerkrankung       Schilddrüsenerkrankung       Diabetes mellitus

Ohnmachtsneigung       Lebererkrankung       Nierenerkrankung

- Magen-Darmerkrankung
- Osteoporose

- Andere \_\_\_\_\_

Sonstige Angaben zu Erkrankungen (z.B. auch Kopfschmerzneigung) oder Operationen? \_\_\_\_\_

Wurden Sie in den letzten 12 Monaten im Kopf-Kieferbereich geröntgt?

- Nein
- Ja

Besteht eine Schwangerschaft?

- Nein
- Ja \_ Welcher Monat? \_\_\_\_\_

Ist bei Ihnen Zahnersatz vorhanden?

- Nein
- Ja
- Kronen
- Prothese
- Brücken
- Implantat
- Wie alt ist der Zahnersatz (circa)? \_\_\_\_\_

Neigen Sie zu Zahnfleischbluten?

- Nein
- Ja

Rauchen Sie?

- Nein
- Ja

Gab es mal Komplikationen bei einer zahnärztlichen Behandlung?

- Nein
- Ja Welche? \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient: \_\_\_\_\_  
ggf. Sorgeberechtigter

Vielen Dank

Ihr Team der Zahnarztpraxis Dr.med.dent. Kristina Diermeier