



Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe. Wir bitten Sie diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen können. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Ein Herz für gesunde Zähne!

Persönliches

Name, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
Straße	PLZ, Ort	
Telefon Festnetz	Telefon Arbeit	Telefon Mobil
E-Mail	Beruf, Arbeitgeber	

Versicherung Krankenkasse

- Gesetzlich versichert Privat versichert Zusatzversicherung
 Basistarif Beihilfeberechtigt

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

- Persönliche Empfehlung Im Vorbeigehen Anzeige: _____
 Überweisender Arzt: _____ Internet: Sonstiges: _____

Allgemeine Gesundheitssituation

	Ja	nein		ja	nein
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infektionskrankheiten:		
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstige: _____		
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nehmen Sie Medikamente ein?		
wenn ja, welche: _____			wenn ja, welche:		
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Herzmedikamente:		
Rheumatische Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cortison:		
Allergien			<input type="checkbox"/> Schmerzmittel:		
wenn ja, welche: _____			<input type="checkbox"/> Antidepressiva:		
Sonstige Erkrankungen:			<input type="checkbox"/> blutverdünnende Medikamente		
_____			(z.B. ASS, Marcumar, Heparin):		
			<input type="checkbox"/> Sonstige: _____		
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Für unsere Patientinnen:		
			Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			wenn ja, welche Woche:		_____

Mundgesundheitsituation

Haben Sie ein bestimmtes Anliegen, welches Sie in unsere Praxis führt?

- Vorsorgeuntersuchung Beratung Schmerzbehandlung
 Neuer Zahnersatz Überweisung Zahnarzt Zweite Meinung
 Sonstiges: _____

Sind Sie mit der Stellung, Farbe und Form Ihrer Zähne zufrieden?

ja nein

Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen?

Haben Sie Zahnfleischprobleme? Blutungen beim Zähneputzen? Zahnfleischrückgang?

Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund?

Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig halbjährlich / jährlich professionell gereinigt (PZR, Prophylaxe)?

Dürfen wir Ihnen den Service bieten, Sie halbjährlich / jährlich an Ihre Vorsorge zu erinnern?

Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Gesundheitsangaben mit Ihrer Unterschrift.

Ort, Datum

Unterschrift