



Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Um Sie optimal behandeln zu können bitten wir Sie höflich, diesen Anamnesebogen auf der Vorder- und Rückseite gewissenhaft auszufüllen. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Ihr Praxisteam

Persönliches

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Ort

Telefon privat

Telefon mobil

Telefon beruflich

E-Mail

Beruf

Arbeitgeber

Möchten Sie an Vorsorgeuntersuchungen und Prophylaxemaßnahmen erinnert werden?

Ja Nein

Wenn ja, wie?

per E-Mail

per Post



Versicherung

Krankenkasse

- gesetzlich versichert privat versichert Zusatzversicherung
 Basistarif beihilfeberechtigt

Sind Patient und Versicherungsnehmer nicht identisch, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ/Ort

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Persönliche Empfehlung Internet Sonstige: _____

Leiden oder litten Sie unter einer oder mehreren der unten genannten Erkrankungen?

	ja	nein
Herz-Kreislaufkrankungen (z.B. hoher Blutdruck, künstliche Herzklappe, Herzschrittmacher, Herzinfarkt)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hormonelle Erkrankungen (z.B. Diabetes, Schilddrüsenerkrankung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erkrankungen im Hals-Nasen-Ohrenbereich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erkrankungen der inneren Organe		
wenn ja, welche? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, HIV oder Tuberkulose)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blutgerinnungsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



ja nein

Neurologische Erkrankungen (z.B. Epilepsie, Schlaganfall) ja nein

Allergien oder Unverträglichkeiten gegenüber Medikamenten oder anderen
Stoffen?
Wenn ja, welche? _____ ja nein

Tumorerkrankungen ja nein

Erkrankungen des Bewegungsapparates (z.B. Osteoporose)? ja nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein ?
wenn ja, welche ?: _____ ja nein

Nehmen Sie (z.B. im Rahmen einer Tumorerkrankung oder Osteoporose)
Bisphosphonate ein ? ja nein

Wann wurden bei Ihnen zuletzt eine Röntgenaufnahme durchgeführt ? ja nein

Rauchen Sie? (wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag? _____) ja nein

Für unsere Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft?
Wenn ja, welche Woche? _____ ja nein

Wurde bei Ihnen in der Vergangenheit eine Parodontosebehandlung
(Parodontitisbehandlung) durchgeführt? ja nein

Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig professionell gereinigt
(PZR/Prophylaxe)? ja nein

Wurde bei Ihnen in der Vergangenheit eine kieferorthopädische
Behandlung durchgeführt? ja nein

Ort, Datum

Unterschrift