



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 sowie den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

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 (Privatversicherung)	☐ Beihilfeberechtigt	

Sind Patient und Mitglied der Versicherung nicht identisch, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers:

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ, Ort

Hausarzt

Name	PLZ, Ort

Allgemeine Gesundheitssituation

	ja	nein
Osteoporose	☐	☐
Hoher Blutdruck	☐	☐
Niedriger Blutdruck	☐	☐
Blutgerinnungsstörung	☐	☐
Schlaganfall	☐	☐
Diabetes	☐	☐
Tumorerkrankung	☐	☐
Herzerkrankungen/ -operationen wenn ja, welche:	☐	☐

Schilddrüsenerkrankung	☐	☐
Rheumatische Krankheiten	☐	☐
Allergien wenn ja, welche:	☐	☐

Augenerkrankungen wenn ja, welche:	☐	☐
---------------------------------------	--------------------------	--------------------------

Sonstige Erkrankungen:	☐	☐
------------------------	--------------------------	--------------------------

Mundgesundheitsituation

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

☐ Vorsorgeuntersuchung	☐ Beratung	☐ Schmerzbehandlung
☐ Neuer Zahnersatz	☐ Überweisung	☐ Zweite Meinung
☐ Sonstiges:		

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

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?

Haben Sie noch Fragen oder ein besonderes Anliegen?

Infektionskrankheiten:

HIV

Hepatitis

Tuberkulose

Sonstige: _____

Nehmen Sie Medikamente ein?

wenn ja, welche:

☐ Herzmedikamente: _____

☐ Cortison: _____

☐ Schmerzmittel: _____

☐ Antidepressiva: _____

☐ Bisphosphonate: _____

☐ blutverdünnende Medikamente: _____

☐ Sonstige: _____

Liegt ein Pflegegrad vor?

Rauchen Sie?

wenn ja, Anzahl Zigaretten pro Tag: _____

Sind Sie schwanger?

wenn ja, welche Woche: _____

ja nein

☐	☐
--------------------------	--------------------------

☐	☐
--------------------------	--------------------------

☐	☐
--------------------------	--------------------------

☐	☐
--------------------------	--------------------------

☐	☐
--------------------------	--------------------------

☐	☐
--------------------------	--------------------------

Wann waren Sie zuletzt beim Zahnarzt?

Wir bieten Ihnen den Service fester Termine. Das bedeutet, an Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert. **Wir bitten Sie daher, Termine rechtzeitig, jedoch mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.** Das gibt uns die Möglichkeit, Termine anderen Patientinnen und Patienten anzubieten. Eine lange Wartezeit kann so vermieden werden.

Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Gesundheitsangaben und Ihr Einverständnis mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung Ihrer Daten durch Ihre Unterschrift.

Ort, Datum

Unterschrift