



Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, die Anamnesebogen auszufüllen. Alle Unterlagen unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient

Vorname, Name

Straße, Hausnummer

Plz, Ort

Geburtsdatum, Ort

Telefon (tagsüber)

Telefon (mobil)

Beruf (freiwillig)

Arbeitgeber (freiwillig)

Name der gesetzlichen / privaten Krankenversicherung

Ja Nein

Name der Zahn-Zusatzversicherung (falls vorhanden)

Sind Sie beihilfeberechtigt?

Versicherter / Zahlungspflichtiger (falls abweichend)

Vorname, Name

Straße, Hausnummer

Plz, Ort

Geburtsdatum, Ort

Telefon (tagsüber)

Telefon (mobil)

Allgemeine Fragen

Empfehlung / Überweisung durch (Name)

Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch (ca. Datum)?

Letzte Röntgenbilder der Zähne (ca. Datum)

Wünschen Sie eine Erinnerung an halbjährliche Vorsorgeuntersuchungen?

Ja Nein

Haben Sie Interesse an professioneller Zahnreinigung (PZR)?

Ja Nein

Haben Sie Interesse an metallfreier Zahnrestorationen (Füllungen, Kronen, etc.)?

Ja Nein

Befinden Sie sich in ärztlicher Behandlung?

Ja Nein

Was ist der Grund der Behandlung?

Name des Hausarztes

Straße, Hausnummer

Plz, Ort

Besteht / bestand eine der folgenden Erkrankungen?

Bei „Ja“, bitte ggfs. ergänzende Angaben

01. Nehmen Sie Medikamente? (welche) Ja Nein

02. Lebererkrankungen (Hepatitis o. ä.) Ja Nein

03. Allergie / Allergiepass / Unverträglichkeiten Ja Nein

04. Wünschen Sie eine Testung auf Allergien und/oder Unverträglichkeiten auf zahnärztliche Materialien vor der Behandlung? Ja Nein

04. Anfallsleiden (Epilepsie) Ja Nein

05. Atemwegserkrankungen / COPD Ja Nein

06. Blutgerinnungsstörung Ja Nein

07. Diabetes Ja Nein Typ 1 Typ2 insulinpflichtig

08. Glaukom (erhöhter Augendruck) Ja Nein

09. Hämatologische Erkrankungen (blutbildende Organe) Ja Nein

10. Herz-Kreislauf-Erkrankung Ja Nein

11. Infektionskrankheiten (HIV, TBC o. ä.) Ja Nein

12. Magen-Darm-Erkrankungen Ja Nein

13. Osteoporose (Behandlung mit Bisphosphonaten?) Ja Nein

14. Rheumatoide Arthritis Ja Nein

15. Schilddrüsenerkrankungen Ja Nein

16. Tumorerkrankungen / Chemotherapie Ja Nein

17. Frühere Operationen (Kopfbereich) Ja Nein

18. Waren Sie in Kieferorthopädischer Behandlung Ja Nein

19. Besteht eine Schwangerschaft (welche Woche?) Ja Nein

20. Rauchen Sie Ja Nein

Wichtige Informationen

- › Ich verpflichte mich, die Praxis umgehend über alle auftretenden Änderungen zu informieren.
- › Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, da die sonst entstehenden Kosten laut §615 BGB in Rechnung gestellt werden können.
- › Ich verpflichte mich, die KV-Karte binnen 10 Tagen nachzureichen, da sonst eine private Rechnungsstellung erfolgt.
- › Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die Informationen gelesen und verstanden habe.

Ort, Datum

Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigter