



## Anamnesebogen

Herzlich willkommen in unserer Praxis  
Bitte helfen Sie uns, damit wir Ihnen helfen können.  
Sagen Sie uns etwas über sich und über Ihre Wünsche an uns.

---

Patient, Name, Vorname

Geburtsdatum

---

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

---

Telefon

Fax

---

E-Mail-Adresse

---

Versicherter, Name, Vorname

Geburtsdatum

---

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

---

Telefon

Fax

---

Beruf

Arbeitgeber

Telefon, Fax

---

Krankenkasse, Krankenversicherung

gesetzlich versichert

privat versichert

Zusatzversicherung

---

durch wen wurden Sie empfohlen?

---

Datum, Unterschrift

**Für Ihr Krankenblatt benötigen wir folgende Angaben. Diese unterliegen selbstverständlich - wie alle persönlichen Daten - der ärztlichen Schweigepflicht.**

**Was ist der Grund Ihres Zahnarztbesuches?** \_\_\_\_\_

- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Haben Sie einen Herzschrittmacher?            | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Leiden Sie unter Zahnfleischbluten?           | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Leiden Sie unter Mundgeruch?                  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Haben Sie häufig Nacken- oder Kopfschmerzen?  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Haben Sie manchmal „Metallgeschmack“ im Mund? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Schnarchen Sie?                               | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Rauchen Sie?                                  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

**Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?**  Ja  Nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? \_\_\_\_\_

**Name und Telefonnummer Ihres Hausarztes:** \_\_\_\_\_

**Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit?** \_\_\_\_\_

**Haben oder hatten Sie folgende Krankheiten:**

- Allergien, wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- |  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Herzerkrankungen                           | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Kreislaufkrankungen                        | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Vegetative Erkrankungen, Ohnmachtsanfälle? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

**Stoffwechselerkrankungen:**

- |                            |                             |                               |
|----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Zuckerkrankheit (Diabetes) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Magen-Darmerkrankung       | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Schilddrüsenerkrankung     | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

**Erkrankungen des Nervensystems:**

- |                      |                             |                               |
|----------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Epileptische Anfälle | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Krämpfe              | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

**Bluterkrankungen, wenn ja, welche?** \_\_\_\_\_

**Infektionskrankheiten:**

- |  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Leberentzündung, Gelbsucht, Hepatitis A/B/C, HIV | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Tuberkulose                                      | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Chronische Erkrankung der Atemwege  Ja  Nein

**Sonstige Erkrankungen?** \_\_\_\_\_

**Schwangerschaft**  Ja  Nein In welchem Monat? \_\_\_\_\_

**Teilen Sie uns bitte mit, falls Ihr Gesundheitszustand sich verändert hat. Medikamente, auch Betäubungsspritzen, können Ihre Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen.**

Datum

Unterschrift