



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