

# Anamnesebogen

Herzlich Willkommen in unserer  
Praxis

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

für eine risikofreie Behandlung ist die gewissenhafte Beantwortung einiger Fragen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand von besonderer Bedeutung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

**Patient**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb. \_\_\_\_\_

**Versicherte Person:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb. \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Versicherung: \_\_\_\_\_

Gesetzlich  privat  Beihilfe

Besteht eine Zahnzusatzversicherung: \_\_\_\_\_

Mein Hausarzt (Name, Adresse, Telefon) \_\_\_\_\_

**Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. unterstreichen**

- |                                    |                             |                                      |                       |
|------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------|-----------------------|
| Herz/Kreislaufkrankungen           | <input type="radio"/>       | Herzklappenerkrankung/-ersatz        | <input type="radio"/> |
| Bluthochdruck (Hypertonie)         | <input type="radio"/>       | Herzinfarkt, Angina Pectoris         | <input type="radio"/> |
| Bypass/Stent                       | <input type="radio"/>       | Immunerkrankung welche _____         | <input type="radio"/> |
| Herzschrittmacher                  | <input type="radio"/>       | Endokarditis- Prophylaxe nötig       | <input type="radio"/> |
| Blutgerinnungsstörung              | <input type="radio"/>       | Sonstige Erkrankungen/Infektionen    | <input type="radio"/> |
| HIV/AIDS                           | <input type="radio"/>       | Rheuma, rheumatisches Fieber         | <input type="radio"/> |
| Lebererkrankung (Hepatitis, A,B,C) | <input type="radio"/>       | Tuberkulose                          | <input type="radio"/> |
| Lungenerkrankung                   | <input type="radio"/>       | Nierenfunktionsstörung               | <input type="radio"/> |
| Diabetes                           | <input type="radio"/>       | Magen-Darm-Erkrankung                | <input type="radio"/> |
| Tumorerkrankung                    | <input type="radio"/>       | Einnahme von Bisphosphonaten         | <input type="radio"/> |
| Osteoporose                        | <input type="radio"/>       | Neigen Sie zur Ohnmacht              | <input type="radio"/> |
| Anfallsleiden(Epilepsie)           | <input type="radio"/>       | Hatten/haben sie eine KFO Behandlung | <input type="radio"/> |
| Psychische Erkrankung              | <input type="radio"/>       | Knirschen Sie                        | <input type="radio"/> |
| Drogenabhängigkeit                 | <input type="radio"/>       | Schwangerschaft (ja/vielleicht)      | <input type="radio"/> |
| Rauchen Sie? (wieviel pro Tag:)    | _____ <input type="radio"/> |                                      |                       |

Allergien (Besitzen sie einen Allergiepass?)                       ja                       nein

Wenn ja welche: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente: \_\_\_\_\_

Wenn ja welche: \_\_\_\_\_

Leiden Sie oft an Migräne, Kopfschmerz, Nackenverspannungen, Rückenschmerzen                     

### Grund ihres Besuches

- |   |                       |                         |                       |
|---|-----------------------|-------------------------|-----------------------|
| Prophylaxe / Professionelle Zahnreinigung   | <input type="radio"/> | Invisalign              | <input type="radio"/> |
| Ganzheitliche Behandlung, Umweltzahnmedizin | <input type="radio"/> | Mundgeruch              | <input type="radio"/> |
| Parodontitisbehandlung                      | <input type="radio"/> | Kiefergelenkbeschwerden | <input type="radio"/> |
| Zahnersatzberatung                          | <input type="radio"/> | Zahnschmerzen           | <input type="radio"/> |
| Amalgamaustausch / alternativen             | <input type="radio"/> | Angstpatient            | <input type="radio"/> |
| Bleaching (Zahnaufhellung)                  | <input type="radio"/> |                         |                       |

Ihr Beratungswunsch

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

- Telefonbuch                                            Internetsuchmaschine
- Lage der Praxis                                            auf Empfehlung von: \_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Ich verpflichte mich, Änderungen umgehend mitzuteilen.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/des Erziehungsberechtigten

Wir sind eine Bestellpraxis. Wenn ihr Zahnarzt seine Zeit für Sie reserviert und Sie nicht erscheinen, was dann? Weder er noch seine Mitarbeiter sind in der Zeit beschäftigt. Die gesamte Praxis war auf Ihren Besuch eingestellt. Für den Fall, dass Sie eine reservierte Behandlungszeit nicht in Anspruch nehmen können, bitten wir Sie deshalb, rechtzeitig (d.h. möglichst 48Std. vorher) abzusagen. Sie erweisen uns und Ihren Mitpatienten damit einen großen Gefallen. Bei mehrmaligem Nichterscheinen ohne vorherige Absage können wir aus organisatorischen Gründen keine festen Termine mehr geben. Ausfallzeiten dürfen und können nach §615Satz BGB§287 ZPO berechnet werden.