



## 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

private Zusatzversicherung

---

Durch wen wurden Sie empfohlen?

---

Datum, Unterschrift

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, falls Sie verhindert sind, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen – dadurch kann es manchmal zu geringen Zeitverschiebungen kommen.

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 künstliche Gelenke oder Prothesen? (Knie / Hüfte / Schulter)	<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	Anzahl pro Tag _____
Alkoholkonsum?	<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?** \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Blutverdünner ?  ja  nein  
Wurden Sie gegen Osteoporose und/oder zur Unterdrückung von Knochenmetastasen nach Krebstherapie mit sogenannten "Bisphosphonaten" behandelt? z.B. Zometa, Fosamax, Benefos, Denosumab  
 ja  nein  Tablettenform  Infusion

**Haben oder hatten Sie folgende Krankheiten:**

Allergien, wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
Herzkrankungen / Kreislauferkrankungen?  ja  nein  
Vegetative Erkrankungen, Ohnmachtsanfälle?  ja  nein

**Stoffwechselerkrankungen:**

Zuckerkrankheit (Diabetes)?  ja  nein  
Magen-Darmerkrankungen?  ja  nein  
Schilddrüsenerkrankungen?  ja  nein

**Erkrankungen des Nervensystems:**

Epileptische Anfälle / Krämpfe?  ja  nein  
Bluterkrankungen, wenn ja welche? \_\_\_\_\_

**Infektionskrankheiten:**

Leberentzündung, Gelbsucht, Hepatitis A/B/C?  ja  nein  
MRSA?  ja  nein  
Creutzfeld-Jakob-Krankheit?  ja  nein  
Tuberkulose?  ja  nein  
HIV  ja  nein

**Chronische Erkrankung der Atemwege?**  ja  nein

Wenn ja, Welche ? \_\_\_\_\_

**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 \_\_\_\_\_