



## Anamnesebogen

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahn- und Mundgesundheit anvertrauen wollen. Im Interesse Ihrer Behandlung bitten wir Sie, diesen Bogen vollständig auszufüllen und anzukreuzen, bei evtl. Rückfragen helfen wir gerne. Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Änderungen bitten wir umgehend mitzuteilen.  
Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

### Persönliches

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_ Postleitzahl/Ort \_\_\_\_\_

Telefon Festnetz \_\_\_\_\_ Telefon berufl. \_\_\_\_\_ Telefon mobil \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

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

Hausarzt \_\_\_\_\_

### Versicherung

<input type="checkbox"/> gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/> privat versichert
<input type="checkbox"/> Basistarif	<input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigt	<input type="checkbox"/> Selbstzahler

Name der Krankenkasse \_\_\_\_\_

Sind Patient und Mitglied der Versicherung nicht identisch, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers:

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_ Postleitzahl/Ort \_\_\_\_\_

Auf wessen Empfehlung kommen Sie? \_\_\_\_\_

Möchten Sie an die Vorsorgeuntersuchung bzw. längere Termine erinnert werden?  Ja  Nein

### Mundgesundheit

Was führt sie in unsere Praxis?

<input type="checkbox"/> Vorsorge	<input type="checkbox"/> Mungeruch/Schlechter Geschmack
<input type="checkbox"/> Überweisung	<input type="checkbox"/> Beschwerden im Kiefergelenk
<input type="checkbox"/> nur Schmerzbehandlung	<input type="checkbox"/> Zahnschmerzen/Zahnfleischbluten

Bitte wenden 

## Allgemeine Gesundheitssituation

Ja Nein

Ja Nein

Haben oder hatten Sie Infektionskrankheiten?  
z.B. Hepatitis B/C, TBC, HIV, MRSA

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Herz-Kreislaferkrankungen

Herzinfarkt, Rhythmusstörungen, Schlaganfall

Bypass / Stent / Herzschrittmacher

Blutgerinnungsstörung (z.B. Hämophilie)

Gefäßerkrankungen (z.B. Thrombosen)

Blutdruck niedrig mittel hoch

Hauterkrankungen

Lungenerkrankungen (z.B. Asthma, COPD)

Atemwegserkrankungen

Schilddrüsenerkrankungen

Diabetes (Zuckerkrankheit)

HbA1c-Wert \_\_\_\_\_

Magen-Darm-Erkrankungen

Nierenerkrankungen

Rheuma, Arthristis, rheumatisches Fieber

Implantate (z.B. Hüfte, Kiefer, Herzklappe)

Wann? \_\_\_\_\_

Allergien

Welche? \_\_\_\_\_

Tumor-/Krebserkrankungen

Wann? \_\_\_\_\_

Osteoporose

Einnahme von Bisphosphonaten?

Chemotherapie / Strahlentherapie

Rauchen Sie? Wie viele pro Tag: \_\_\_\_\_

Sind Sie trockener Alkoholiker?

Drogenkonsum?

Röntgen: im letzten Jahr im Kopf-Bereich?

Schwangerschaft - Woche \_\_\_\_\_

## Medikamenteneinnahme

(bitte alle Medikamente angeben, auch Injektionen etc.)

## Wünschen Sie eine besondere Beratung über:

Prophylaxe und professionelle Zahnreinigung?

zahnfarbene Füllungen, Inlays, Kronen?

Amalgamsanierung, Entgiftung?

Hochwertigen Zahnersatz auch auf Implantaten?

Kieferorthopädie bzw. Aligner?

Schnarchtherapie?

Therapie von Knirschen und Pressen?

Bleaching (Zahnaufhellung)?

Mit meiner Unterschrift bestätige ich hiermit die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Ich verpflichte mich, Änderungen meines Gesundheitszustandes oder einen Versicherungswechsel unaufgefordert mitzuteilen.

Wir bieten Ihnen den Service einer Bestellpraxis. Dies bedeutet, an diesem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert. Wir bitten Sie daher, vereinbarte Termine einzuhalten oder **mindestens 24 Stunden vorher abzusagen**, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden (Ausfallhonorar gem §615 und §280 Abs. 1 BGB).

Ich habe die ausliegende Information zur Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) verstanden und zur Kenntnis genommen.

Ich willige hiermit ein, dass mein behandelnder Zahnarzt die Patientendaten elektronisch verarbeiten darf und vertretungshalber mit den Kollegen aus der hiesigen Praxis austauschen darf, soweit dies für die Behandlung erforderlich ist. Dies umfasst auch die in der Praxis tätigen Hilfspersonen.

Ort, Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter)