

## Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bestimmte Krankheiten oder eine Schwangerschaft müssen bei der Behandlung unbedingt berücksichtigt werden, um unnötige Komplikationen zu vermeiden. In Ihrem eigenen Interesse bitten wir Sie daher, die folgenden Fragen vollständig zu beantworten.

Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und werden Ihrer persönlichen Karteikarte angefügt.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum : \_\_\_\_\_

Wohnort : \_\_\_\_\_ Strasse: \_\_\_\_\_

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

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

Krankenkasse bzw. Versicherung: \_\_\_\_\_

Pflichtversichert       Freiwillig versichert       Zusatzversichert

Mitglied       mitversichert bei (Name,Adresse): \_\_\_\_\_

Privatversichert       Beihilfeberechtigt       Standardtarif

Für Neupatienten: Empfohlen durch: \_\_\_\_\_

### Medizinische Befunderhebung:

Ja                      Nein (Zutreffendes bitte ankreuzen)

                      Stehen Sie in ärztlicher Behandlung?

Behandelnder Arzt: \_\_\_\_\_

Ihr Hausarzt: \_\_\_\_\_

                      Nehmen Sie ein Mittel, das die Blutgerinnung hemmt (Ass, Marcumar)?

Wenn ja, welches? \_\_\_\_\_

Ja

Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

Tragen Sie einen Herzschrittmacher oder eine Herzklappenprothese?

Sind Sie allergisch? Wenn ja, worauf? \_\_\_\_\_

### Leiden Sie an Erkrankungen in folgenden Bereichen?

Ja

Nein

Herz-Kreislauf-System

Atmungssystem (Nase, Lunge z.B. Asthma)

Nierenerkrankung

Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes, Schilddrüsenerkrankung)

Infektionskrankheit (Hepatitis/Gelbsucht, AIDS/HIV, Tuberkulose/TBC)

Sonstige Erkrankungen, wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

### Allgemeine Fragen:

Wann war Ihre letzte Zahnbehandlung (nur für Neupatienten): \_\_\_\_\_

Wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung: \_\_\_\_\_

Ihr Hauptanliegen heute:

Kontrolluntersuchung

Zahnschmerzen

Kiefergelenksbeschwerden

Zahnfleischbeschwerden

Sonstiges: \_\_\_\_\_

### Für Patientinnen:

Ja

Nein

Sind Sie schwanger? Wenn ja, in welchem Monat? \_\_\_\_\_

Wünschen Sie eine besondere Beratung über:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kariesvermeidung             | <input type="checkbox"/> Kiefergelenksbehandlung |
| <input type="checkbox"/> Professionelle Zahnreinigung | <input type="checkbox"/> Implantate              |
| <input type="checkbox"/> Bleichen                     | <input type="checkbox"/> hochwertigen Zahnersatz |
| <input type="checkbox"/> Zahngesunde Ernährung        | <input type="checkbox"/> Zahnfarbene Füllungen   |

**Bitte teilen Sie uns eventuelle Änderungen Ihres Gesundheitszustandes vor einer Behandlung mit.**

**Mit einer Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit meiner Angaben.**

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Vielen Dank für Ihre Mithilfe, Ihr Praxisteam Dr. Diener