



## Anamnesebogen

Patient: .....

Seite 1

### HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER ZAHNARZTPRAXIS

Bevor wir uns mit Ihnen über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

#### Ihr persönlicher Gesundheitscheck:

Herzkrankung, erhöhter Blutdruck	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher / Künstl. Herzklappen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck, Ohnmachtsneigung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Marcumar / Blutungsneigung / Erkrankung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Rheuma, Diabetes, Lungenerkrankung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Lebererkrankung (Hepatitis)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Magen- / Darm / Nierenerkrankung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Nasen- / Nebenhöhlenerkrankungen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie eine sonstige schwere Erkrankung? Wenn ja, welche?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

---

Allergien Wenn ja, welche?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
-------------------------------	-----------------------------	-------------------------------

---

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? ( ev. eine Medikamenten-Liste mitbringen )

---

Reagieren Sie bei bestimmten Medikamenten empfindlich? Wenn ja, bei welchen?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
---	-----------------------------	-------------------------------

---

Sind Sie Raucher? Wenn ja, wieviele Zigaretten täglich?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------	-------------------------------

---

Für unsere weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger? Wenn ja, in welchem Monat?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------	-------------------------------

---

#### Grund Ihres Besuchs

Kontrolluntersuchung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Zahnschmerzen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Zahnfleischbluten / Zahnlockerungen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Migräne / Kopf- / Nackenschmerzen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Kiefergelenkbeschwerden / Knirschen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Wünschen Sie nur eine Schmerzbehandlung?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Sonstiges

---

Sie sind uns wichtig !

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?

---

Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch am meisten vermisst?

---

Durch wen wurden wir Ihnen empfohlen?

---

Beratungswunsch

Professionelle Zahnreinigung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Weißer Zähne (Bleaching)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Zahnästhetik / Kosmetik / Ihr Lächeln	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Zahnfarbene Keramikfüllungen oder Veneers	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Kieferorthopädische Behandlungsberatung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Amalgamsanierung / Quecksilberausleitung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
hochwertiger Zahnersatz	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Parodontosebehandlung und PA-Prophylaxe	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Implantate / Implantatversorgung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Narkose / Sedierungswunsch	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Laserbehandlung ( PAD )	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Sonstiges		

---

Die Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Dies erspart Ihnen unnötige lange Wartezeiten.  
Sollten Termine nicht einhalten können sagen bitte rechtzeitig ab.

Sofern Sie gesetzlich versichert sind, benötigen wir Ihre Krankenversichertenkarte.

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass wir die Daten elektronisch speichern und dabei die Bestimmungen des Datenschutzes beachten.

Ich erkläre mich einverstanden , daß die Abrechnung der privaten zahnärztlichen Leistungen über eine Abrechnungsgesellschaft erfolgen kann.

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

Unterschrift \_\_\_\_\_