



Anamnesebogen

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Damit Ihre Behandlung nach Ihren Wünschen und an Ihren Gesundheitszustand angepasst erfolgen kann, bitten wir Sie um die Beantwortung folgender Fragen.

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der Schweigepflicht.

Patient: _____
Vorname Name geb. am Geburtsort

Mitglied: _____
Vorname Name geb. am

Anschrift: _____
Straße Ort

Telefon: _____ E-Mail: _____

Beruf: _____

Name und Anschrift des behandelnden Hausarztes: _____

Wurden Sie an uns empfohlen oder überwiesen?
Wenn ja von wem? _____

Grund Ihres Zahnarztbesuches: _____

Möchten Sie in unser **RECALL-PROGRAMM** aufgenommen werden? Ja Nein

Möchten Sie eine Terminerinnerung per SMS? Ja Nein

Zu Ihrer eigenen Sicherheit bitten wir um folgende Angaben:

Wurde in letzter Zeit eine zahnärztliche Behandlung durchgeführt? Ja Nein

Wurde in den letzten zwei Jahren eine Röntgenaufnahme von den Zähnen gemacht? Ja Nein

Wenn ja von wem? _____

Sind Sie Raucher? Ja Nein

Leiden Sie unter:

überempfindlichen Zähnen

Zahnfleischproblemen Kiefergelenksproblemen

Parodontitis Mundgeruch

Leiden Sie an:

Herz-Kreislauf-Erkrankungen? Ja Nein

Haben Sie einen Herzschrittmacher? Ja Nein

Osteoporose? Ja Nein

Sind Sie auf eine Endokarditis-Prophylaxe angewiesen? Ja Nein

Infektionskrankheiten (Hepatitis, Tbc, AIDS o.a.)? Ja Nein

inneren Krankheiten (Diabetes, Nierenfunktionsstörung, Schilddrüse o.a.)? Ja Nein

Wenn ja, welche: _____

Asthma? Ja Nein

sonstige Krankheiten? Ja Nein

Wenn ja, welche: _____

Arzneimittelüberempfindlichkeit/Allergien? Ja Nein

Wenn ja, welche: _____

Ohnmachtsneigung? Ja Nein

Nehmen Sie Bisphosphonate ein? Ja Nein

Erhielten Sie Chemo- bzw. Bestrahlungstherapien? Ja Nein

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche: _____

Blutverdünnende Medikamente? Ja Nein

Wenn ja, welche: _____

Wer verordnet die blutverdünnenden Medikamente und aus welchem Grund? _____

Besteht eine Schwangerschaft oder sind Sie in der Stillzeit? Ja Nein

Wenn ja, welcher Monat? _____

Datum/Unterschrift (bei Minderjährigen ein Erziehungsberechtigter)