



Liebe Patientin, lieber Patient!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

ANAMNESEBOGEN

Bitte ergänzen oder wenn zutreffend ankreuzen

Persönliche Angaben

Name	Vorname	
Geb. Datum	Beruf	
PLZ/ Ort	Straße/ Nr.	
Tel. privat	Tel. mobil	e-Mail
Krankenkasse/ private Krankenversicherung		
Gesetzlich versichert ☐ ja ☐ nein	Privat versichert ☐ ja ☐ nein	Basistarif ☐ ja ☐ nein
Zusatzversicherung ☐ ja ☐ nein	beihilfeberechtigt ☐ ja ☐ nein	

Wenn Sie nicht selbst Krankenversichert sind, wer ist Versicherter?

Name	Vorname
Geb. Datum	
PLZ/ Ort	Straße/ Nr.

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name	Telefon
------	---------

Hinweise zur Organisation

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte geben Sie uns mindestens 48 Stunden vorher Bescheid. Andernfalls müssen wir Ihnen eine Ausfallgebühr nach geltender Satzung berechnen.

Hinweise zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann. Dies kann sowohl durch die Behandlung selbst als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten hervorgerufen werden. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gerne ein Taxi, das Sie sicher nach Hause bringt.

In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

☐ von Bekannten empfohlen	☐ Internet	☐ soziale Medien	☐ Sonstiges
Möchten Sie von uns per Post, E-Mail, SMS oder telefonisch an Ihre Vorsorgeuntersuchung/ Termine erinnert werden?			
☐ ja ☐ nein			

Bitte wenden →



Warum suchen Sie uns auf? Wünschen Sie eine/ einen...

- ☐ Routinekontrolle ☐ neuen Zahnersatz ☐ Schmerzbehandlung ☐ Zahnreinigung ☐ Beratung
☐ „zweite Meinung“ ☐ andere Gründe (bitte auflühren)
Haben Sie akute Schmerzen? ☐ ja ☐ nein **Haben sie akut Schmerzmittel genommen?** ☐ ja ☐ nein

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der / des

- Herzens oder Kreislaufs? ☐ ja ☐ nein
Leber (z.B. Gelbsucht)? ☐ ja ☐ nein
Nieren? ☐ ja ☐ nein
Schilddrüse? ☐ ja ☐ nein
Magen-Darm Trakts? ☐ ja ☐ nein
Gelenke (Rheuma)? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche (oder sonstige Erkrankungen)?

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie...

- eine Herzklappenentzündung? ☐ ja ☐ nein
Angina Pectoris? ☐ ja ☐ nein
einen Herzschrittmacher? ☐ ja ☐ nein
einen Herzinfarkt? ☐ ja ☐ nein
eine Endokarditis? ☐ ja ☐ nein

Medikamente: Nehmen Sie...

- Herzmedikamente? ☐ ja ☐ nein
Cortison (Kortikoide)? ☐ ja ☐ nein
Schmerzmittel? ☐ ja ☐ nein
Antidepressiva? ☐ ja ☐ nein

blutverdünnende Medikamente

- z.B. Marcumar, ASS, Clopidogrel? ☐ ja ☐ nein
Bisphosphonate? ☐ ja ☐ nein

andere Medikamente? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, gegen welche?

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medika-
mente oder Spritzen aufgetreten? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, gegen welche?

Haben oder hatten Sie...

- hohen Blutdruck? ☐ ja ☐ nein
niedrigen Blutdruck? ☐ ja ☐ nein
Diabetes? ☐ ja ☐ nein
Zahnfleischbluten? ☐ ja ☐ nein
Ohrensausen/ Tinnitus? ☐ ja ☐ nein
Epilepsie? ☐ ja ☐ nein
Grünen Star? ☐ ja ☐ nein
Tuberkulose? ☐ ja ☐ nein
Osteoporose? ☐ ja ☐ nein
HIV (Aids)? ☐ ja ☐ nein
Hepatitis? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, welcher Typ? ☐ A ☐ B ☐ C
Allergien? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, wogegen?

Sonstige Infektionen/ Erkrankungen? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?

Für unsere Patientinnen

- Sind Sie schwanger? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, welche Woche?

Zum Schluss

- Knirschen Sie mit den Zähnen? ☐ ja ☐ nein
Fühlen Sie sich psychisch stark belastet? ☐ ja ☐ nein
Sind sie mit der Stellung, Farbe und Form
Ihrer Zähne zufrieden? ☐ ja ☐ nein
Rauchen Sie? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, wie viele Zigaretten/ Tag?
Wann war die letzte Röntgenuntersuchung Ihrer Zähne?

Datum

Unterschrift