

## Anamnesebogen

Herzlich willkommen in unserer Zahnarztpraxis

Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, bedarf es Ihrer Unterstützung. Wir benötigen neben Angaben zu Ihren Personalien ausführliche Informationen zu Ihrem Gesundheitszustand, da diese sich auch auf Ihre zahnärztliche Behandlung auswirken können. Wir werden im Anschluss sehr gerne all Ihre Fragen ausführlich beantworten und hoffen, dass Sie sich bei uns wohlfühlen!

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht!

### Persönliches:

\_\_\_\_\_  
Name / Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Geburtsort

\_\_\_\_\_  
Straße / Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Mobil

\_\_\_\_\_  
E-mail

\_\_\_\_\_  
Telefon geschäftlich.

\_\_\_\_\_  
Beruf

\_\_\_\_\_  
Arbeitgeber

### Versicherung:

\_\_\_\_\_  
Krankenkasse

gesetzlich versichert

privat versichert

Zusatzversicherung

Wenn Sie familienversichert sind, ergänzen Sie bitte die Versichertendaten:

\_\_\_\_\_  
Name / Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Geburtsort

\_\_\_\_\_  
Straße / Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Mobil

\_\_\_\_\_  
E-mail

### Wie wurde Sie auf uns aufmerksam?

- empfohlen durch: \_\_\_\_\_
- überweisender Arzt: \_\_\_\_\_
- Praxisschild                       Internet

### Möchten Sie unseren Erinnerungsservice nutzen?

- ja
- nein
- E-Mail                                       SMS

Bestehen gesundheitliche Risiken?	Ja	Nein	Art der Erkrankung / <b>Medikamente</b>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Augenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Krebserkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis, Tuberkolose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Allergien (z.B Penicillin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Monat _____
Raucher/in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zigaretten pro Tag _____

<b>Zahngesundheit</b>	Ja	Nein	weitere Anmerkungen
Haben Sie Zahnschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Sind Sie mit ihren Zähnen zufrieden (Form, Zahnfarbe)?            \_\_\_\_\_

Haben Sie Zahnfleischprobleme? (Blutungen, Rückgang ...)            \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter Mundgeruch?            \_\_\_\_\_

Knirschen Sie mit den Zähnen            \_\_\_\_\_

Der Grund ihrer Besuches    \_\_\_\_\_

Wir nehmen uns viel Zeit für Ihre Behandlung und möchten durch unsere Terminplanung lange Wartezeiten vermeiden. Sollten Sie Ihren Termin einmal nicht einhalten können, bitten wir Sie diesen rechtzeitig, jedoch mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine in Rechnung zu stellen.

\_\_\_\_\_

**Ort/Datum**

\_\_\_\_\_

**Unterschrift**