

## Anamnesebogen

### Liebe Patientin, lieber Patient!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zur 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. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

### Persönliches

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

Straße / Nr. \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Tel. Festnetz \_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_

Tel Geschäftlich \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Namer der Krankenkasse / privat Krankenversicherung \_\_\_\_\_

gesetzlich versichert       ja     nein      Zahnzusatzversicherung       ja     nein

oder

privat versichert       ja     nein      Beihilfeberechtigt       ja     nein

Basistarif       ja     nein

### Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter? (z.B.Familienversichert)

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

Straße / Nr. \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_

### Wer ist Ihr Hausarzt?

Name \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

### In eigener Sache

#### Wie sind sie auf unser Praxis aufmerksam geworden?

von Bekannten empfohlen       Telefon-/Branchenbuch       Zeitungsanzeige

Überweisung von \_\_\_\_\_

Internet, über die Seite \_\_\_\_\_  Sonstiges \_\_\_\_\_

*-bitte wenden-*

**Warum suchen Sie uns auf?**

**Wünschen Sie eine/n...**

- Routinekontrolle     neuen Zahnersatz
  - Beratung             Schmerzbehandlung
  - „zweite Meinung“    andere Gründe
- 

**Haben Sie akute Schmerzen?**  ja    nein

**Leiden sie an Erkrankungen der / des**

- Kreislaufs                     ja    nein
- Leber                             ja    nein
- Nieren                          ja    nein
- Schilddrüse                  ja    nein
- Magen-Darm-Traktes       ja    nein
- Gelenke (Rheuma)          ja    nein
- Wirbelsäule                  ja    nein

**Haben Sie.....**

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

Allergien                       ja    nein  
    Wenn ja, wogegen? \_\_\_\_\_

eine Gelenkprothese         ja    nein  
(z.B. künstliches Knie-oder Hüftgelenk)  
    Wenn ja, wo genau? \_\_\_\_\_

Krebs / Tumor                 ja    nein  
    Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_

**Sonstige Infektionen / Erkrankungen:**

---

**Zu Ihrem Herzen: Haben Sie**

- Stents                          Herzschrittmacher
- Bypass                        künstliche Herzklappe
- Herzinfarkt                  Herzklappenentzündung
- Endokartitisprophylaxe pflichtig

**Medikamente: Nehmen Sie.....**

- Herzmedikament             Schmerzmittel
  - Cortison (Kortikoide)       Antidepressiva
  - blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar, ASS, Xarelto
  - Wenn ja, welches \_\_\_\_\_
  - andere Medikamente:
- 

**Sind bei Ihnen jeweils Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten?**

ja                     nein  
    Wenn ja, gegen welche? \_\_\_\_\_

---

**Für unser Patientinnen**

Sind Sie Schwanger? Wenn  ja    nein  
ja, in welcher Woche? \_\_\_\_\_

**Zum Schluss**

- Knirschen Sie mit den Zähnen     ja    nein
- Leiden Sie an Migräne /  
Kopf- /Nackenschmerzen          ja    nein
- Rauchen Sie                          ja    nein

Möchten Sie an Ihre Kontroll-  
untersuchung erinnert werden     ja    nein

**Fragen / Anmerkungen:**

---

---

### **Hinweis zur Organisation**

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte sagen Sie ihn mindesten 24 Stunden vorher ab. Vielen Dank dafür!

### **Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen**

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen bis zur 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 gerne für Sie einen Verwandten / Bekannten oder ggf. ein Taxi an, dass Sie sicher nach Hause kommen.

### **Datenschutz**

Ich willige der Erhebung, der elektronischen Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten unter Beachtung der einschlägigen Vorschriften der nationalen Datenschutzgesetz, sowie der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) ein.  
Die Patienteninformation zur Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) wurde mir gezeigt und hängt in der Praxis aus.

*Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit*

---

**Datum**

**Unterschrift**