



# Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin ! Sehr geehrter 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.

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.  
Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.  
Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Nachname, Vorname (Patient) Geburtsdatum, Geschlecht:  m  w

Straße, Hausnummer Postleitzahl, Ort

Telefon (privat / mobil) Telefon (geschäftlich)

E-mail Fax

Name der Krankenkasse / Versicherung Beruf

Gesetzlich versichert  ja  nein privat versichert  ja  nein Basistarif  ja  nein

Freiwillig versichert  ja  nein Beihilfeberechtigt  ja  nein Zusatzversicherung  ja  nein

Hausarzt - Name, Adresse, Telefon

Überweisender Arzt - Name, Adresse, Telefon

**Sind Patient und Zahlungspflichtiger bzw. Patient und Versicherungsmitglied nicht identisch, bitte die folgenden Angaben ergänzen:**

Nachname, Vorname (Zahlungspflichtiger, Mitglied) Geburtsdatum

Straße, Hausnummer Postleitzahl, Ort

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich:

**Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der / des ...**

- Herzens oder Kreislaufs  Ja  Nein
- Leber  Ja  Nein
- Nieren  Ja  Nein
- Hoher Blutdruck (Hypertonie)  Ja  Nein
- Niedriger Blutdruck (Hypotonie)  Ja  Nein
- Blutgerinnungsstörungen  Ja  Nein
- Schilddrüsenerkrankung  Ja  Nein
- Lungenerkrankung  Ja  Nein

**Infektionskrankheiten:**

- HIV  Ja  Nein
- Tuberkulose  Ja  Nein
- Hepatitis  Ja  Nein
- Wenn ja, welcher Typ  A  B  C
- Sonstige Infektionen / Erkrankungen:

\_\_\_\_\_

**Weitere Erkrankungen:**

- Asthma  Ja  Nein
- Rheuma  Ja  Nein
- Epilepsie  Ja  Nein
- Diabetes  Ja  Nein
- Nierenfunktionsstörungen  Ja  Nein
- Osteoporose  Ja  Nein
- Ohnmachtsneigung  Ja  Nein
- andere:

\_\_\_\_\_

**Allgemeine Angaben:**

- Drogenkonsum  Ja  Nein
- Alkoholgenuss  Ja  Nein
- Raucher  Ja  Nein
- Wenn ja,  0-10  über 10 Zig./Tag
- Kürzliche Röntgenuntersuchung  Ja  Nein
- Wenn ja, Datum / Körperteile:

\_\_\_\_\_

- Allergien  Ja  Nein
- Wenn ja, wogegen?

\_\_\_\_\_

**Fragen / Anmerkungen:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger**

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig:

\_\_\_\_\_

Datum

Unterschrift Patient oder Erziehungsberechtigter

**Warum suchen Sie uns auf? Wünschen Sie ein/n ...**

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

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

- ja  nein

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

**Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie ...**

- eine Herzklappenentzündung  Angina Pectoris
- einen Herzschrittmacher  einen Herzinfarkt
- eine Herzerkrankung  eine Herz-OP

Ist eine Endokarditisprophylaxe erforderlich?  ja  nein

**Medikamente: Nehmen Sie ...**

- Herzmedikamente  Cortison (Kortikoide)
- Schmerzmittel  Antidepressiva
- blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar®, ASS?
- andere Medikamente? Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Für unsere Patientinnen**

Sind Sie schwanger?  ja  nein

Wenn ja, welche Woche? \_\_\_\_\_