

# Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,  
herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in aller Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten,  
benötigen wir neben Ihren Personalien auch einige Angaben über Ihren  
allgemeinen Gesundheitszustand.

Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung.

Die von Ihnen angegebenen Daten werden von uns vertraulich im Rahmen der ärztlichen  
Schweigepflicht behandelt. Bitte beantworten Sie folgende Fragen sorgfältig.

Vielen Dank! Ihr Praxisteam

## 1. Patientendaten

Patientenname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße / Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Versicherter (sofern von obigen Patientendaten abweicht):

Gesetzlich Versicherte:

Haben Sie eine private Zusatzversicherung? ja  nein

Haben Sie Kostenerstattung gewählt? ja  nein

Privat Versicherte:

Haben Sie den Basistarif gewählt? ja  nein

Sind Sie beihilfeberechtigt? ja  nein

## 2. Unser Service für Sie

Sind Sie an einem kostenlosen regelmäßigen  
Termin-Erinnerungsdienst (Recall) interessiert? ja  nein

Sind Sie an einer Professionellen Zahnreinigung interessiert? ja  nein

## 3. Grund Ihres Besuches

Kontrolluntersuchung ja  nein

Zahnschmerzen ja  nein

Zahnfleischbluten ja  nein

Mundgeruch ja  nein

Wünschen Sie nur eine Schmerzbehandlung? ja  nein

Sonstiges: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 4. Sie sind uns wichtig

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen? ja  nein

Starke Schmerzempfindlichkeit ja  nein

Starker Würgereiz ja  nein

Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch am meisten vermisst?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Falls Sie das erste Mal bei uns sind, durch wen wurden wir Ihnen empfohlen?

\_\_\_\_\_



Beratungswünsche:

Weißer Zähne / Bleaching ja  nein   
Zahnästhetik / Kosmetik / Ihr Lächeln ja  nein   
Zahnfarbene Restaurationen aus Kunststoff oder Keramik ja  nein

## 5. Fragen über bestehende Erkrankungen

Herz Koronare Herzkrankheit (Angina pectoris) ja  nein   
Herzschwäche (Insuffizienz) ja  nein   
Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmie) ja  nein   
Tragen Sie einen Herzschrittmacher/Defibrillator (ICD) ja  nein   
Herzklappenersatz/Herzmuskelentzündungen ja  nein   
Endokarditisprophylaxe mit Antibiotika angeraten? ja  nein   
Kreislauf zu niedriger Blutdruck ja  nein   
zu hoher Blutdruck ja  nein   
Grüner Star (Glaukom) ja  nein   
Blut Blutarmut (Anämie) ja  nein   
Blutungsneigung ja  nein   
Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente? ja  nein   
HIV-positiv ja  nein   
Lunge Asthma / chronische Bronchitis ja  nein   
Tuberkulose ja  nein   
Mukoviszidose ja  nein   
Rauchen Sie? *Wenn ja, wieviele Zigaretten täglich:* \_\_\_\_\_ ja  nein   
Stoffwechsel Zuckerkrankheit (Diabetes) ja  nein   
Schilddrüsenerkrankungen ja  nein   
Leberkrankheiten / Hepatitis / Gelbsucht ja  nein   
Nierenerkrankung ja  nein   
Osteoporose ja  nein   
Rheuma ja  nein   
Nervensystem Schlaganfall ja  nein   
Anfallsleiden / Epilepsie ja  nein   
Depression ja  nein   
Allergien Allergie gegen lokale Betäubungsmittel ja  nein   
Medikamenten-Allergie (z.B. Schmerzmittel, Antibiotika) ja  nein   
*Wenn ja, welche:* \_\_\_\_\_  
Sonstiges Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?  
\_\_\_\_\_  
Transplantation (Organe/Gelenke) *Wenn ja, Jahr* \_\_\_\_\_ ja  nein   
Vermehrt Schnarchen, Tagesmüdigkeit, Einschlafneigung? ja  nein   
Haben Sie eine sonstige schwere Erkrankung? ja  nein   
*Wenn ja, welche:* \_\_\_\_\_  
Für unsere weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger? ja  nein   
*Wenn ja, in welchem Monat:* \_\_\_\_\_  
Letzte Röntgenuntersuchung, Jahr: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_