



## *Liebe Patientin, Lieber Patient!*

Bevor wir uns in Ruhe über ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskunft über ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Anamnesebogen auszufüllen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht unserer Praxis.

### **Stammdaten**

Name/Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Straße / Hausnr. \_\_\_\_\_

Postleitzahl/Ort \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_ Arbeitgeber \_\_\_\_\_

### **Mitglied (Versicherter) / Zahlungspflichtige/r**

Name/Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Straße / Hausnr. \_\_\_\_\_

Postleitzahl/Ort \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam: \_\_\_\_\_

### **1. Hatten/haben Sie eine der folgenden Krankheiten?**

	Ja	Nein		Ja	Nein
Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Leberkrankheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zuckerkrankheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hepatitis A / B / C	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rheuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Glaukom	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Dialyse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tumor/Karzinom/Krebs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Epilepsie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bluterkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schilddrüsenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blutgerinnungsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Lähmungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HIV-Infektion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schlaganfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TBC	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Herzinfarkt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nierenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Kreislaufkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### **Hausarzt:**

Name \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_



**Haben Sie allergische Reaktionen/Unverträglichkeiten**

**auf Medikamenten bzw. Materialien?**

Ja  Nein

wenn ja, welche?

---

**Haben Sie einen Allergie-Pass?**

Ja  Nein

**Blutdruck:**

niedrig

normal

hoch

ggf. Werte

---

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?**

Ja  Nein

ggf. welche?

---

Nehmen Sie Bisphosphonate

Ja  Nein

Nehmen Sie Marcumar / Ass / Plavix

Ja  Nein

**2. Tragen Sie einen Herzschrittmacher/-klappe?**

Ja  Nein

Haben Sie einen Herzpass?

Ja  Nein

**3. Rauchen Sie?**

Ja  Nein

**4. Besteht eine Schwangerschaft?**

Ja

Nein

ungewiss

ggf. wievielte Woche?

---

**5. Sonstige Angaben/andere Krankheiten**

---

**6. Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?**

Ja  Nein

**7. Haben Sie Interesse an einer Professionelle Zahnreinigung?**

Ja  Nein

**8. Möchten Sie per SMS an ihren Termin erinnert werden?**

Ja  Nein

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu.**

Datum

---

Unterschrift Patient/in

---