



Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Die Angaben auf diesem **Anamnesebogen** sind daher eine **Pflichtangabe** für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient
Herr/Frau/Kind

Name Vorname geb.

**Mitglied/
Versicherter**

Name Vorname geb.

Anschrift

Postleitzahl Ort

Straße/Nr. Telefon

E-Mail Adresse Mobil

Beruf

Arbeitgeber

Name/Tel. (tagsüber)

**Krankenkasse/
Versicherung**

beihilfeberechtigt Zahnzusatzversicherung freiwillig versichert

Terminorgfalt ist uns wichtig. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte **Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen**, falls Sie verhindert sind.

Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenkasse nach der privaten Gebührenordnung (GOZ) in Rechnung zu stellen.

Allgemeine Situation		Ja	Nein
Ärztliche Behandlung:	Stehen Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?		
Hausarzt/Facharzt:	Name, Adresse, Tel. Nr.:		
Medikamente:	Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?		
Allergien:	Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit?		
	Besitzen Sie einen Allergiepass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen:	Herzinfarkt, Herzschwäche (Insuffizienz)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Angina pectoris?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Herzschrittmacher, Herzklappenersatz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sonstiges?:		
Kreislaufkrankungen:	Zu hoher Blutdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zu niedriger Blutdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zustand nach Herzinfarkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sonstiges?:		
Vegetative Erkrankungen:	Ohnmachtsanfälle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sonstiges?:		
Stoffwechselerkrankungen:	Zuckerkrankheit (Diabetes)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Magen- und Darmerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Allgemeine Situation		Ja	Nein
Stoffwechselerkrankungen:	Schilddrüsenerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sonstiges?:		
Erkrankung des Nervensystems:	Epileptische Anfälle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Krämpfe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sonstiges?:		
Bluterkrankungen:	Blutungsneigung (Hämophilie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Blutarmut (Anämie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sonstiges?:		
Infektionskrankheiten:	Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A/B/C)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tuberkulose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten etc.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wurde bei Ihnen ein HIV-Test durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	War das Ergebnis negativ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sonstiges?:		
Weitere Angaben:	Rauchen Sie? Ja, ungefähr ____ Zigaretten täglich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Röntgen:	Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, wo?:		
Schwangerschaft:	<input type="checkbox"/> Ja, ich bin in der ____ Woche.	<input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ungewiss.
Zahn-Mund-Situation		Ja	Nein
Welches besondere Anliegen führt Sie in unsere Praxis?	Zahnfleischbluten / Zahnfleischrückgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Geräusche im Kiefergelenk (z. B. beim Gähnen, Kauen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Schmerzen am Kopf / Nacken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sonstiges?:		
Tragen Sie Zahnersatz? Wenn ja, seit ____ Jahren.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist bei Ihnen eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt worden?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lehnen Sie eine Versorgung mit Amalgam grundsätzlich ab?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie mit der Stellung, Farbe, Form Ihrer Zähne, kurz: mit Ihrem „Lächeln“, zufrieden?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie an unserem Prophylaxeprogramm zum langfristigen Erhalt Ihrer Zähne interessiert?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auf welchem Wege dürfen wir Sie kontaktieren? <input type="checkbox"/> Mail <input type="checkbox"/> SMS <input type="checkbox"/> telefonisch <input type="checkbox"/> postalisch <input type="checkbox"/> gar nicht			

Meine besonderen Wünsche beim Zahnarzt:

Über welchen Weg sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Bei wem dürfen wir uns bedanken, dass Sie sich für unsere Praxis entschieden haben?

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Fahrtauglichkeit nach einer lokalen Betäubung eingeschränkt ist, und bitten Sie, uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes unverzüglich mitzuteilen (gilt auch, wenn während des Behandlungszeitraums eine Schwangerschaft eintritt).

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie Ihre Angaben als wahrheitsgemäß und geben sich damit einverstanden, dass unsere Abrechnung über ein externes Abrechnungsbüro erfolgt.

Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis wohl fühlen und stehen Ihnen bei Fragen gern zur Verfügung.

Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter)