



## Anamnesebogen

Patient: \_\_\_\_\_  
Name, Vorname geboren am geboren in

Versicherter: \_\_\_\_\_  
Name, Vorname  Ehegatte  Vater/Mutter geboren am

Anschrift: \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

PLZ, Ort Telefon

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

Versicherungsstatus:  privat versichert  gesetzlich versichert Bemerkungen: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_  
bzw. andere Ärzte, bei denen Sie in ständiger Behandlung sind

Bestehen bei Ihnen oder sind folgende Gesundheitsstörungen bekannt:	ja	nein	weiß nicht
1. Herz-, Kreislauf- oder Gefäßerkrankungen (insbes. Herzklappenerkrankungen, Herzrhythmusstörungen, Bluthochdruck)? Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Herzschrittmacher- / Defibrillator-Implantation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Asthma, chronisch obstruktive Lungenerkrankungen oder anderweitige Atemnot? Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Bluterkrankungen oder verstärkte Blutungsneigung? Einnahme von gerinnungshemmenden Medikamenten (z. B. ASS, Marcumar)? Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Diabetes mellitus? Insulinpflichtig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Grüner Star (Glaukom)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Überempfindlichkeitsreaktionen / Unverträglichkeiten / Allergien (z.B. gegen bestimmte Medikamente, Metalle, Kunststoffe)? Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Infektionserkrankungen (z.B. Gelbsucht/Hepatitis, Tuberkulose/Tbc, HIV/AIDS)? Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Autoimmunerkrankungen (z.B. rheumatische Erkrankungen)? Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Schilddrüsenerkrankungen? Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Erkrankungen der inneren Organe (z.B. Leber, Niere)? Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Nervenleiden (z.B. Epilepsie)? Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Konsumgewohnheiten (Rauchen o.ä.) Welche, wieviel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sind oder waren Sie alkoholabhängig? Konsumieren Sie Drogen oder Rauschmittel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Sind weitere Erkrankungen bekannt, die hier nicht erwähnt wurden? Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Medikamenteneinnahme / Dosierung:**

---

---

**Gab / Gibt es Komplikationen bei der zahnärztlichen Behandlung (wenn ja, welche?):**  ja  nein

---

**Haben Sie besonders Angst vor bestimmten Behandlungsmaßnahmen?**

---

**Haben Sie besondere Wünsche, die Sie uns mitteilen möchten?**

---

**Wünschen Sie weitergehende Informationen zu speziellen Behandlungsmethoden:**

- Bleaching / Ästhetische Zahnheilkunde  ja  nein
- Vollkeramische Restaurationen  ja  nein
- Individualprophylaxe  ja  nein
- Kinderprophylaxe  ja  nein
- Implantat-Prothetik  ja  nein
- Moderne Parodontaltherapie  ja  nein
- Amalgamfreie Füllungstherapie  ja  nein
- Wurzelkanalbehandlung / Endodontie  ja  nein
- Behandlung von Aphthen oder Herpes  ja  nein
- Individueller Sportschutz  ja  nein
- Schnarchschiene  ja  nein

**Bitte teilen Sie uns jede Änderung der Anschrift, des Gesundheitszustandes, von Medikamenteneinnahmen und bei Frauen eine eventuelle Schwangerschaft mit!**

**Weiterhin weisen wir darauf hin, dass nach einer Anästhesie die Fähigkeit zum Führen eines Kraftfahrzeuges und / oder zum Bedienen von Maschinen 24 Stunden eingeschränkt sein kann.**

---

**Wichtige Informationen:**

- 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.
- Wir bitten Sie, uns umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.
- Wir sind immer bemüht, lange Wartezeiten zu vermeiden. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24h vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine nach der privaten Gebührenordnung als Ausfallzeiten in Rechnung zu stellen.

---

**Ich wünsche eine Erinnerung an meine Kontrolluntersuchungen per:**

E-Mail  SMS  keine

Meine Emailadresse bzw. Handy-Nr.: \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient / gesetzl. Betreuer:

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift