



## Anamnesebogen Erwachsene

### Angaben zum Patienten

Vorname: \_\_\_\_\_ Strasse: \_\_\_\_\_  
 Nachname: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_  
 email: \_\_\_\_\_

### Angabe zum Versicherten ( bei Familienversicherung)

Vorname: \_\_\_\_\_ Strasse: \_\_\_\_\_  
 Nachname: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

### Allgemeines:

Wie sind Sie versichert:  privat  gesetzlich  freiwillig gesetzlich  Zusatzversicherung  
 Name der Versicherung: \_\_\_\_\_  
 Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden: \_\_\_\_\_

### A Allgemeinmedizinische Anamnese

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente  ja  nein Welche: \_\_\_\_\_  
 Werden oder wurden Sie mit Bisphosphonaten behandelt  ja  nein  
 Bluten Sie nach Verletzungen länger  ja  nein

### B Hatten Sie jemals :

Eine ungewöhnlich Reaktion auf Spritzen oder Medikamente  ja  nein  
 Asthma, Heuschnupfen, Allergie  ja  nein Welche: \_\_\_\_\_  
 Anfallsleiden(Epilepsie)  ja  nein  
 Atemwegserkrankungen  ja  nein Welche: \_\_\_\_\_  
 Blutgerinnungsstörung  ja  nein Welche: \_\_\_\_\_  
 Diabetes  ja  nein Typ: \_\_\_\_\_  
 Glaukom(erhöhter Augendruck)  ja  nein  
 Hämatologische Erkrankungen (Erkrankung blutbildender Organe)  ja  nein  
 Herz- Kreislauferkrankung, wenn ja welche:

Herzinsuffizienz  Herzschrittmacher  
 Koronare Herzkrankheit/Angina pectoris  Herzklappenfehler  
 Herzinfarkt  Hypertonie ( Bluthochdruck)  
 Herzrhythmusstörungen  Hypotonie ( niedriger Blutdruck)  
 Hepatitis  Immunmangelsyndrom  
 ( AIDS)

Infektionskrankheiten  ja  nein Welche: \_\_\_\_\_

Lebererkrankung  ja  nein  
 Magen-/ Darm Erkrankung  ja  nein



- |   |   |
|---|---|
| 1. Nierenerkrankung ( Niereninsuffizienz/Dialyse) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein         |
| 2. Osteoporose                                    | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein         |
| 3. Rheumatoide Arthritis                          | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein         |
| 4. Schilddrüsenerkrankung                         | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein         |
| 5. Tumorerkrankung                                | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein         |
| 6. Operationen                                    | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Welche: |
| 7. Besteht eine Schwangerschaft                   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein         |
| 8. Haben Sie Angst vor der Behandlung             | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein         |
| 9. Haben Sie eine Psychische Erkrankung           | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein         |
| 10. Haben Sie eine Suchterkrankung                | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Warum:  |

### Zahnmedizinische Anamnese:

- |   |   |         |
|---|---|---------|
| 1. Haben Sie Beschwerden an den Zähnen/Zahnfleisch                                      | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Wo:     |
| 2. Ist Ihre Kaufähigkeit beeinträchtigt   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |         |
| 3. Haben Sie Schmerzen oder ein Spannungsgefühl im Kiefergelenk<br>oder Gesichtsbereich | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |         |
| 4. Leiden Sie unter chron. Kopf-, Hals oder Schulterschmerzen                           | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |         |
| 5. Benutzen Sie außer der Zahnbürste und Zahnpasta noch<br>andere Mundhygieneartikel    | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Welche: |
| 6. Waren Sie im vergangenen Jahr in zahnärztlicher Behandlung                           | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |         |
| 7. Sind Sie in Hausärztlicher Behandlung  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Warum:  |

Sonstiges:

### **Hinweise zur Organisation:**

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Std vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Bei nicht eingehaltenen Terminen werden wir eine Ausfallgebühr in Höhe der geplanten Behandlungszeit in Rechnung stellen.

**Ich bestätige, die Fragen zur Anamnese nach meinem besten Wissen beantwortet zu haben.**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift