



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. Rheumtoide 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 Welche: |

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 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 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 eine reine Bestellpraxis. Die für Ihre Termine fest vereinbarte Zeit ist ausschließlich für Sie und Ihre spezifische Behandlung reserviert. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine min. 48 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Bitte haben Sie Verständnis, dass wir uns bei nicht rechtzeitiger Absage des Termins vorbehalten, die fest zugesagte Behandlung in Rechnung zu stellen.

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

Ort Datum

Unterschrift

