



## Anamnesebogen

**Liebe Patientin, lieber Patient,**

herzlich willkommen in unserer Praxis. Bitte helfen Sie uns, damit wir Ihnen die bestmögliche medizinische Betreuung zukommen lassen können. Um gesundheitliche Risiken zu vermeiden, ist es notwendig, dass Sie alle Fragen gewissenhaft beantworten. **Danke!**

<b>Patient</b>	Name	Vorname	Geburtsdatum
<b>Mitglied/Versicherter</b>	Name	Vorname	Geburtsdatum
<b>Anschrift</b>	Straße/Nr.		PLZ/Wohnort
<b>Telefon</b>	privat	geschäftlich	mobil
<b>E-Mail</b>			
<b>Beruf</b>	<b>Arbeitgeber</b>		
<b>Krankenkasse</b>			
gesetzlich versichert <input type="checkbox"/>		privat versichert <input type="checkbox"/>	zusätzlich versichert <input type="checkbox"/>

### Allgemeine Situation

Medikamentenallergie (z. B. Penicillin)

Andere Allergien, wenn ja welche?

Herzerkrankungen

Hoher Blutdruck

Niedriger Blutdruck

Blutgerinnungsstörungen  
(z. B. verlängerte Blutung)

Infektionen (z. B. Hepatitis/TBC/HIV)

Diabetes (Zuckerkrankheit)

Augenerkrankungen (z. B. Star)

Andere Erkrankungen, wenn ja, welche?

Nehmen Sie Medikamente? Wenn ja, welche?

**JA** **NEIN**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Zahn-Mund Situation

Überwiesen oder empfohlen von:

Welches besondere Anliegen führt Sie zu uns?

Zahnfleischbluten/Zahnfleischrückgang

Sind Sie mit der Stellung, Farbe, Form ihrer Zähne, kurz: mit ihrem „Lächeln“, zufrieden?

Geräusche im Kiefergelenk (z. B. beim Gähnen?)

Tragen Sie Zahnersatz? Wenn ja, seit wann?

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel?

Frauen: sind Sie zur Zeit schwanger?

**JA** **NEIN**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sollten Sie einen vereinbarten Behandlungstermin nicht wahrnehmen können, sagen Sie diesen bitte mindestens 24 Stunden vorher ab. Nur wenn Sie rechtzeitig absagen, haben wir die Chance, den Termin neu zu vergeben! Andernfalls müssen wir Ihnen ein Ausfallhonorar gemäß §615 BGB in Rechnung stellen.

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Fahrtauglichkeit nach einer lokalen Betäubung eingeschränkt ist. Falls Sie Änderungen Ihres Gesundheitszustandes feststellen, bitten wir um Mitteilung. Wir hoffen, dass Sie sich bei uns wohlfühlen!

Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzlicher Vertreter)