



# Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Wir bitten Sie diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen können. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht!

## Persönliches

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

Telefon (Festnetz): \_\_\_\_\_ Telefon (Arbeit): \_\_\_\_\_ Telefon (Mobil): \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

## Versicherung

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Gesetzlich versichert:  Ja  Nein

Privat versichert:  Ja  Nein

Zusatzversichert:  Ja  Nein

Basistarif  Ja  Nein

Beihilfeberechtigt:  Ja  Nein

Sind Patient und Mitglied der Versicherung nicht identisch, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

## Wer ist Ihr Hausarzt?

Name: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

## Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Persönliche Empfehlung

Im Vorbeigehen

Anzeige

Überweisender Arzt

Internet

Sonstiges

Möchten Sie von uns an Ihre halbjährliche Vorsorgeuntersuchung erinnert werden?  Ja  Nein

## Warum suchen Sie uns auf? Wünschen Sie eine/n...

Routinekontrolle

neuen Zahnersatz

Beratung

„zweite“ Meinung

Schmerzbehandlung

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Haben Sie akute Schmerzen?

Ja  Nein

Zähne schmerzen bei Belastung oder Kauen

Ja  Nein

Zähne schmerzen auch ohne Belastung

Ja  Nein

Zähne reagieren auf süß/sauer

Ja  Nein

Zähne sind temperaturempfindlich

Ja  Nein

Kiefer-/Kiefergelenkschmerzen

Ja  Nein

Sind Sie mit der Stellung, Farbe und Form Ihrer Zähne zufrieden?

Ja  Nein

Knirschen Sie mit den Zähnen?

Ja  Nein

Fühlen Sie sich psychisch stark belastet?

Ja  Nein

Haben Sie Zahnfleischbluten

oder sonstige Zahnfleischbeschwerden?

Ja  Nein

Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund?

Ja  Nein

Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig halbjährlich/jährlich professionell gereinigt (PZR, Prophylaxe)

Ja  Nein

Rauchen Sie?

Ja  Nein

## Allgemeine Gesundheitssituation

### Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der/des ...

- Leber  Ja  Nein  
Nieren  Ja  Nein  
Schilddrüse  Ja  Nein  
Magen-Darm-Traktes  Ja  Nein  
Gelenke (Rheuma)  Ja  Nein  
Atemwege  Ja  Nein  
Wirbelsäule  Ja  Nein  
Herzens oder Kreislaufs  Ja  Nein  
Wenn ja, welche?

---

---

### Haben oder hatten Sie...

- Hohen/niedrigen Blutdruck  Ja  Nein  
Diabetes  Ja  Nein  
Ohrensausen/Tinnitus  Ja  Nein  
Epilepsie  Ja  Nein  
Grünen Star  Ja  Nein  
Tuberkulose  Ja  Nein  
HIV (Aids)  Ja  Nein  
Hepatitis  Ja  Nein  
Wenn ja, welcher Typ ?  A  B  C  
Allergien  Ja  Nein  
Wenn ja, welche?

Sonstige Infektionen/Erkrankungen:

---

---

---

### Nehmen Sie Medikamente?

- Herzmedikamente  Cortison  
 Schmerzmittel  Antidepressiva  
 Blutverdünnende Medikamente (Markumar, ASS, Xarelto, Plavix)  
 Bisphosphonate  
 andere Medikamente

---

---

Sind bei Ihnen Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten  Ja  Nein

Wenn ja, gegen welche?

---

---

### Für unsere Patientinnen

- Sind Sie schwanger?  Ja  Nein  
Wenn ja, in welcher Woche? \_\_\_\_\_

Wir bieten Ihnen den Service einer reinen Bestellpraxis. Das heißt, an Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert. Wir bitten Sie daher, **Termine rechtzeitig, jedoch mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.** **Nicht fristgerecht abgesagte Termine werden in Rechnung gestellt.**

Wir weisen Sie darauf hin, dass bei jeder zahnärztlichen Lokalanästhesie (Betäubungsspritze) die Gefahr der Schädigung von umgebenden Strukturen, insbesondere von Nerven, besteht. Während der Dauer der Anästhesiewirkung kann die Gefahr von Bissverletzungen nicht ausgeschlossen werden. Unsere Praxis beauftragt eine zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft mit der Erstellung und dem Einzug Ihrer Privatrechnung für Leistungen, die nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen werden. Im Rahmen dieser Serviceleistung bieten wir Ihnen die Möglichkeit der kostenfreien sechsmonatigen Ratenzahlung an. Ein weiterer Vorteil für Sie ist, dass wir unseren Verwaltungsaufwand hierdurch reduzieren und dadurch mehr Zeit für Sie und Ihre Behandlung haben. Selbstverständlich wird vor dem Erbringen einer solchen „Privat“-Leistung Ihr Einverständnis eingeholt.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Ich hatte ausreichend Gelegenheit Fragen zu stellen und verpflichte mich, Änderungen umgehend mitzuteilen.

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für die Behandlung (außer akuten Schmerzbehandlungen) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten/des Erziehungsberechtigten

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