



## Anamnesebogen

Sie sind heute das erste Mal in unserer Praxis. Damit Ihre Behandlung nach Ihren Wünschen und Ihrem Gesundheitszustand erfolgen kann, bitten wir Sie um die Beantwortung der nachfolgenden Fragen. Diese sind für die Durchführung eines umfassenden Behandlungskonzepts und einer risikofreien Behandlung erforderlich. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

### Patient

Vorname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ Tel.privat: \_\_\_\_\_  
PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_ Tel.geschäftl.: \_\_\_\_\_

### Versichertenstatus

Privat versichert- <b>nicht</b> im Basistarif <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Gesetzlich versichert: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Privat versichert im Basistarif <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Krankenkasse _____
Beihilfeberechtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Pflichtversichert: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Freiwillig versichert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Zusatzversicherung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

### Versicherter ( nur ausfüllen, falls anders als unter Patient angegeben)

Vorname: \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ/ Wohnort: \_\_\_\_\_  
Tel.: \_\_\_\_\_

### Erkrankungen

<input type="checkbox"/> Angina pectoris	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Medikamentenallergie	<input type="checkbox"/> Sonstige Erkrankungen: _____
<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Sonstige Allergien _____	
<input type="checkbox"/> Künstliche Herzklappe	<input type="checkbox"/> Infektionskrankheit _____	
<input type="checkbox"/> Blutkrankheit	( AIDS; TB; Hepatitis u.ä) _____	

### Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein, wofür/ wogegen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Wann und warum wurde das letzte Mal im Kopfbereich geröntgt:

\_\_\_\_\_

### Sind Sie schwanger?

ja, im \_\_\_\_\_ Monat  bin nicht sicher  nein

### Name und Adresse Ihres Hausarztes/ Internisten:

\_\_\_\_\_

## Warum/ wie kommen Sie in unsere Praxis?

Empfehlung durch \_\_\_\_\_  Telefonbuch  Internet  Ärztetafel

## Existieren von Ihrem früheren Zahnarzt aktuelle Röntgenbilder?

---

## Aus welchem Grund suchen Sie heute unsere Praxis auf?

- zur allgemeinen Beratung  Schmerzbehandlung  Zahnfleischprobleme  
 Beratung über Füllungsmaterialien  Zahnersatzberatung  Implantatberatung  
 Sonstiges:
- 
- 
- 

### Wichtig:

Wir möchten unsere Termine mit Ihnen so vereinbaren, dass in der Regel keine oder – u.a. durch Schmerzfälle verursacht – nur geringe Wartezeiten entstehen und wir Sie in Ruhe untersuchen oder behandeln können. **Deshalb bitten wir Sie, dass Sie Ihren Termin – wenn Sie ihn nicht einhalten können – spätestens 24 Stunden vorher absagen, weil wir Ihnen sonst die für Sie reservierte, aber nicht genutzte Zeit in Rechnung stellen müssen.**

**Hiermit verpflichte ich mich Änderungen über meinen Gesundheitszustand vor Beginn einer Behandlung mitzuteilen.**

**WIR BITTEN SIE VOR DER BEHANDLUNG IMMER AUSREICHEND GEGESSEN ZU HABEN, WEIL ES ANSONSTEN ZU SCHWER BEHERRSCHENDEN KREISLAUFPROBLEMEN KOMMEN KANN.  
NIE NÜCHTERN ZUR BEHANDLUNG KOMMEN!  
BITTE RAUCHEN SIE VOR DER BEHANDLUNG NICHT!**

---

Datum/Unterschrift Patient/in