



## Anamnesebogen

Patient(in):

Name, Vorname

geboren am

geboren in

Versicherte(r):

Name, Vorname

Ehegatte

Vater/Mutter

geboren am

Anschrift:

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

Beruf:

Versicherungsstatus:

privat versichert

gesetzlich versichert

Bemerkungen:

Hausärztin/Hausarzt:

bzw. andere Ärztinnen / Ärzte, bei denen Sie in ständiger Behandlung sind

**Bestehen bei Ihnen oder sind folgende Gesundheitsstörungen bekannt:**      **ja**    **nein**    **weiß nicht**

1. Herz-, Kreislauf- oder Gefäßerkrankungen (insbes. Herzklappenerkrankungen, Herzrhythmusstörungen, Bluthochdruck)?  
Welche?

2. Herzschrittmacher- / Defibrillator-Implantation?

3. Asthma, chronisch obstruktive Lungenerkrankungen oder anderweitige Atemnot?  
Welche?

4. Bluterkrankungen oder verstärkte Blutungsneigung?  
Einnahme von gerinnungshemmenden Medikamenten (z. B. ASS, Marcumar)?  
Welche?

5. Diabetes mellitus?  
Insulinpflichtig?

6. Grüner Star (Glaukom)?

7. Überempfindlichkeitsreaktionen / Unverträglichkeiten / Allergien (z.B. gegen bestimmte Medikamente, Metalle, Kunststoffe)?  
Welche?

8. Infektionserkrankungen (z.B. Gelbsucht/Hepatitis, Tuberkulose/Tbc, HIV/AIDS)?  
Welche?

9. Autoimmunerkrankungen (z.B. rheumatische Erkrankungen)?  
Welche?

10. Schilddrüsenerkrankungen?  
Welche?

11. Erkrankungen der inneren Organe (z.B. Leber, Niere)?  
Welche?

12. Nervenleiden (z.B. Epilepsie)?  
Welche?

13. Konsumgewohnheiten (Rauchen o.ä.)  
Welche, wieviel?

14. Sind oder waren Sie alkoholabhängig?  
Konsumieren Sie Drogen oder Rauschmittel?

15. Sind weitere Erkrankungen bekannt, die hier nicht erwähnt wurden?  
Welche?

16. Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?



**Medikamenteneinnahme / Dosierung:**

---

**Gab / Gibt es Komplikationen bei der zahnärztlichen Behandlung (wenn ja, welche?):**      ja      nein

---

**Haben Sie besonders Angst vor bestimmten Behandlungsmaßnahmen?**

---

**Haben Sie besondere Wünsche, die Sie uns mitteilen möchten?**

---

**Wünschen Sie weitergehende Informationen zu speziellen Behandlungsmethoden:**

- |   |    |      |
|---|----|------|
| • Bleaching / Ästhetische Zahnheilkunde | ja | nein |
| • Vollkeramische Restaurationen         | ja | nein |
| • Individualprophylaxe                  | ja | nein |
| • Kinderprophylaxe                      | ja | nein |
| • Implantat-Prothetik                   | ja | nein |
| • Moderne Parodontaltherapie            | ja | nein |
| • Amalgamfreie Füllungstherapie         | ja | nein |
| • Wurzelkanalbehandlung / Endodontie    | ja | nein |
| • Behandlung von Aphthen oder Herpes    | ja | nein |
| • Individueller Sportschutz             | ja | nein |
| • Schnarchschiene                       | ja | nein |

**Bitte teilen Sie uns jede Änderung der Anschrift, des Gesundheitszustandes, von Medikamenteneinnahmen und bei Frauen eine eventuelle Schwangerschaft mit!**

**Weiterhin weisen wir darauf hin, dass nach einer Anästhesie die Fähigkeit zum Führen eines Kraftfahrzeuges und / oder zum Bedienen von Maschinen 24 Stunden eingeschränkt sein kann.**

---

**Wichtige Informationen:**

- Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.
  - Wir bitten Sie, uns umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.
  - Wir sind immer bemüht, lange Wartezeiten zu vermeiden. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24h vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine nach der privaten Gebührenordnung als Ausfallzeiten in Rechnung zu stellen.
- 

**Ich wünsche eine Erinnerung an meine Kontrolluntersuchungen per:**

E-Mail      SMS      keine

Meine Emailadresse bzw. Handy-Nr.:

---

Unterschrift Patient(in) oder gesetzliche  
Betreuer(in):

---

Ort, Datum

Unterschrift