



Anamnesebogen

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Mobiltelefon: _____

E-Mail: _____ Beruf: _____

Krankenkasse:

- Gesetzliche Krankenkasse Private Krankenkasse Zusatzversichert
 Falls Sie über jemanden anders (mit-)versichert sind, benötigen wir kurz folgende Angaben:

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Bitte kreuzen Sie die jeweiligen Antworten an und füllen Sie bei Bedarf die Felder aus!

Zahnreinigung

- Elektrische Zahnbürste Handzahnbürste Interdentalbürsten Zahnseide
 Sind Sie zufrieden mit Ihrer Zahnfarbe Haben Sie Interesse an einer Zahnaufhellung

Um unsere Behandlungen bei Bedarf mit Ihrem Hausarzt abzustimmen, benötigen wir dessen Anschrift:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein
Falls ja, welche? _____

Besteht bei Ihnen der Verdacht einer Allergie oder Überempfindlichkeit gegenüber
Materialien oder Medikamenten? ja nein
Falls Ja, gegen welche? _____

Besitzen Sie einen Allergiepass? ja nein

Bluterkrankungen

Blutungsneigung (Hämophilie)? ja nein
Blutarmut (Anämie)? ja nein
Sonstiges? _____

Nehmen Sie zur Zeit Antidepressiva ? ja nein
Falls Ja, welche? _____

Wann hatten Sie Ihre letzte Antibiose?



Herz-/Kreislaufferkrankungen

- Herzschwäche (Insuffizienz)? ja nein
- Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)? ja nein
- Angina pectoris (Herzasthma)? ja nein
- Herzschrittmacher? ja nein
- Künstliche Herzklappe(n)? ja nein
- Herzfehler? ja nein
- Herzinfarkt? ja nein
- Hoher Blutdruck? ja nein
- Niedriger Blutdruck? ja nein
- Wie hoch normalerweise? _____ / _____
- Sonstiges? _____

Weitere Erkrankungen der inneren Organe

- Magen-Darm-Erkrankungen? ja nein
- Nierenerkrankungen? ja nein
- Chronische Erkrankungen der Atemwege ja nein
- Tumor-Erkrankungen /-operationen? ja nein
- Falls ja, mit Bisphosphonat-Therapie? ja nein
- Sonstiges? _____

Infektionskrankheiten

- Gelbsucht (Hepatitis)? ja nein
- Tuberkulose? ja nein
- Herpes? ja nein
- Sonstiges? _____

Schwangerschaft

Wenn ja, in welche SSW? _____

Röntgen

- Wurden Sie in den letzten 12 Monaten im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt? ja nein
- Falls ja, wo? _____

Ihre Wünsche sind uns wichtig! Sollten Sie vor der Zahnbehandlung persönliche Erwartungen oder Wünsche haben, lassen Sie es uns bitte wissen:

Ich versichere, meine Angaben vollständig und nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

 (Ort, Datum)

 (Unterschrift)

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Wir werden diesen Fragebogen regelmäßig aktualisieren.
 Bitte teilen Sie uns Änderungen jedoch umgehend mit!

Erkrankungen des Nervensystems

- Epilepsie? Epileptiforme Anfälle? ja nein
- Krämpfe? ja nein
- Ohnmachtsanfälle? ja nein
- Psychosomatische Erkrankungen? ja nein
- Depressionen? ja nein
- Sonstiges? _____

Stoffwechselerkrankungen

- Zuckerkrankheit (Diabetes)? ja nein
- Lebererkrankung? ja nein
- Schilddrüsenerkrankung? ja nein
- Wundheilungsstörungen? ja nein
- Sonstiges? _____

Augenerkrankungen

- Grauer Star? ja nein
- Grüner Star (Glaukom)? ja nein
- Sonstiges? _____

Suchterkrankungen

- Rauchen Sie? ja nein
- Trinken Sie mehrmals pro Woche Alkohol? ja nein
- Konsumieren Sie regelmäßig oder gelegentlich Drogen? ja nein
- Nahmen Sie in der Vergangenheit regelmäßig Drogen? ja nein
- Leiden oder litten Sie an Ess- Brech- Sucht (Bulimie)? ja nein