



Anamnesebogen

Patient

Name _____ Vorname _____ Geb.-Datum _____

Mitglied /
Versicherter

Name _____ Vorname _____ Geb.-Datum _____

Anschrift

Straße _____ Nr. _____ Telefon _____

PLZ _____ Ort _____ Mobil _____

E-Mail-Adresse

Beruf

Beruf _____ Arbeitgeber _____

Name der
Krankenkasse

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Allgemeine Situation:

- Allergie / Unverträglichkeiten
Welcher? _____
- Asthma
- Nehmen Sie Blutverdünner / Marcumar
- Herzkrankung / Herzinfarkt
- Haben Sie einen Herzpass?
- Tragen Sie einen Herzschrittmacher?
- Nieren- / Lebererkrankungen
- Hoher / niedriger Blutdruck
- Blutgerinnungsstörung
- Infektionen Hepatitis / TBC / HIV
- Epileptiforme Anfälle
- Zuckerkrankheit (Diabetes)
- Schilddrüsenerkrankung?
- Hatten Sie einen Schlaganfall / Lähmungen?
- Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?
- Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit?

Zahn-Mund Situation:

- Schmerzen
 - gelockerte Zähne
 - Haben Sie Interesse an einer prof. Zahnreinigung?
 - Wünschen Sie sich hellere Zähne?
 - Zahnfleischbluten
 - Haben Sie das Gefühl an Mundgeruch zu leiden?
 - Geräusche im Kiefergelenk (z.b Kauen, Gähnen?)
 - Wurden im letzten Jahr Röntgenaufnahmen im Kieferbereich angefertigt? Wenn ja, wo?
-
- Haben Sie ein Bonusheft?
 - Sind Sie schwanger?
 - Tumor / Karzinom / Krebserkrankungen?
 - Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel?

-
- Haben Sie Osteoporose? _____
 - Nehmen Sie in diesem Zusammenhang Biophosphonate?
 - Bei wem dürfen wir uns bedanken, dass Sie/Er Ihnen unsere Praxis empfohlen hat? _____

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.

Datum

Unterschrift