



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
- ☐ Herzerkrankung / 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