

# ANAMNESEBOGEN

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine angemessene und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

## Patient

Herr/Frau/Kind

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Mitglied

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Anschrift

Straße \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon

privat \_\_\_\_\_ geschäftlich \_\_\_\_\_ mobil \_\_\_\_\_

E-Mail Adresse

\_\_\_\_\_

(wird ausschließlich zur Terminbestätigung verwendet und nicht an Dritte weitergegeben)

Versicherung

\_\_\_\_\_

- gesetzlich versichert       Zusatzversicherung  
 privat versichert       Basistarif       beihilfeberechtigt

Beruf

\_\_\_\_\_

Wie möchten Sie von uns an Ihre nächste Kontrolluntersuchung erinnert werden?

- telefonisch       per Mail

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

- persönliche Empfehlung       Internet       Telefonbuch       Sonstiges

## Bestellpraxis: Hinweise zur Organisation

Unsere Praxis wird als reine Bestellpraxis geführt. Das bedeutet, dass die für Sie eingeplante Zeit auch ausschließlich für Sie reserviert ist. Auf diese Weise ist es uns möglich, Wartezeiten so gering wie möglich zu halten.

Sollten Sie einen Termin einmal nicht einhalten können, rufen Sie uns bitte mindestens 24 Stunden vorher an, um einen neuen Termin mit uns zu vereinbaren. Wir behalten uns vor, die exklusiv für Sie vorgehaltene Zeit für nicht abgesagte Termine in Rechnung zu stellen.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

- bitte blättern -

-

Bitte füllen Sie den Bogen gewissenhaft aus um Gesundheitsrisiken zu vermeiden.  
 Bei etwaigen Fragen wenden Sie sich bitte an unser Team.

**Zutreffendes bitte ankreuzen:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Herz-/Kreislaufkrankungen   | <input type="checkbox"/> Herzklappenerkrankungen/-ersatz        |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck   | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt, Angina Pectoris           |
| <input type="checkbox"/> Bypass/Stent/Herzschrittmacher  | <input type="checkbox"/> künstliche Gelenke (Knie, Hüfte)       |
| <input type="checkbox"/> Endokartitis-Prophylaxe   | <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung                  |
| <input type="checkbox"/> Immunschwäche (HIV, AIDS)   | <input type="checkbox"/> Rheuma                                 |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung (Gelbsucht, Hepatitis)  | <input type="checkbox"/> Tuberkulose                            |
| <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung (z.B. Asthma)  | <input type="checkbox"/> Nierenfunktionsstörungen               |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung  | <input type="checkbox"/> Diabetes                               |
| <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankung   | <input type="checkbox"/> Tumorerkrankung                        |
| <input type="checkbox"/> Einnahme von Bisphosphonaten  | <input type="checkbox"/> Osteoporose                            |
| <input type="checkbox"/> Neigen Sie zur Ohnmacht   | <input type="checkbox"/> Anfallsleiden (Epilepsie)              |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Erkrankungen/Infektionen   | <input type="checkbox"/> Sind Sie drogen-, bzw. alkoholabhängig |
| <input type="checkbox"/> Rauchen Sie? Wie viel pro Tag _____   |   |
| <input type="checkbox"/> Schwangerschaft wenn ja, welcher Monat _____  |   |
| <input type="checkbox"/> Allergien wenn ja, welche _____   |   |
| <input type="checkbox"/> Nehmen Sie regelmäßig Medikamente (z.B. Marcumar, Plavix, ASS) ein? wenn ja, welche _____ |   |

**Haben sie ein bestimmtes Anliegen, welches Sie in unsere Praxis führt?**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Vorsorgeuntersuchung | <input type="checkbox"/> Beratung             | <input type="checkbox"/> Schmerzbehandlung |
| <input type="checkbox"/> Neuer Zahnersatz     | <input type="checkbox"/> Überweisung Zahnarzt | <input type="checkbox"/> Zweite Meinung    |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____      |   |  |

Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Gesundheitsangaben mit Ihrer Unterschrift.

Datum _____	Unterschrift _____
aktualisiert am _____	Unterschrift _____
aktualisiert am _____	Unterschrift _____
aktualisiert am _____	Unterschrift _____
aktualisiert am _____	Unterschrift _____