

**ANAMNESEBOGEN**

Datum: \_\_\_\_\_

Liebe Patienten,

für eine reibungslose und risikoarme Behandlung bitten wir Sie, diesen Bogen gewissenhaft zu lesen und auszufüllen. Kreuzen Sie die zutreffenden Folder einfach an und machen Sie nähere Angaben, wenn nötig. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an unsere Mitarbeiter.

Vielen Dank

Name \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Allgemeine gesundheitliche Situation**

	ja	nein		ja	nein
Herz-Kreislaufkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthma/ Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes/Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	verlängerte Blutung bei Wunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamentenallergie (Penicillin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis/Gelbsucht/ Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? (Allergiepass?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV/AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			Krampfanfälle (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____					

Schwangerschaft   Rauchen Sie?

Sonstige Erkrankungen:

\_\_\_\_\_

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

\_\_\_\_\_

Adresse vom Hausarzt

\_\_\_\_\_

## Zahn-Mund-Situation

Was ist Ursache Ihres Zahnarztbesuches?

---



---

	ja	nein		ja	nein
Zahnfleischrückgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zahnfleischbluten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundgeruch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kiefergelenksknacken/-reiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
herausnehmbarer Zahnersatz seit _____			Kopf-/Nackenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben Sie bisher die Spritzen beim Zahnarzt gut vertragen?  ja  nein

Haben Sie Interesse an einer Beratung zur intensiven Vorsorge gegen Karies und Parodontitis?  ja  nein

Haben Sie Interesse an Zahnaufhellung (Bleaching)?  ja  nein

Besitzen Sie eine Zahnzusatzversicherung?  ja  nein

Wie sind Sie auf die Praxis aufmerksam geworden?

Internet

Persönliche Empfehlung

Wenn ja, bei wem dürfen wir uns bedanken?

Sonstiges  und zwar \_\_\_\_\_

Haben Sie besondere Wünsche an die Behandlung bei Ihrem Zahnarzt?

---



---

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Fahrtauglichkeit nach einer örtlichen Betäubung (Lokalanästhesie) eingeschränkt ist.

Wir bitten Sie, uns Änderungen Ihres Gesundheitszustands beim nächsten Besuch sofort mitzuteilen!

Aachen, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Abschließend noch eine Bitte: Wir sind eine Bestellpraxis. Um Ihnen die größte Aufmerksamkeit widmen zu können und Wartezeiten zu minimieren, stellen wir die Praxisorganisation je nach dem vereinbarten Termin ganz auf Sie ein. Sollten Sie die für Sie reservierte Behandlungszeit nicht in Anspruch nehmen können, dann teilen Sie uns dies bitte rechtzeitig mit (möglichst bis 48 Stunden vorher)! Sie erweisen uns und Ihren Mitpatienten damit einen großen Gefallen!

Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis wohl fühlen und stehen Ihnen bei Fragen jederzeit mit Rat und Tat zur Seite!  
Ihr Praxisteam