



# Anamnesebogen

Name des Patienten

Vorname des Patienten

Straße

Wohnort

Geburtsdatum

Geburtsort

Beruf des Patienten

Telefon privat

Mobiltelefon

Telefon beruflich

Krankenkasse

Hausarzt

Ort

Name des Versicherten

Vorname des Versicherten

Geb. Datum des Versicherten

Beruf des Versicherten

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? Wurde Ihnen unsere Praxis empfohlen und bei wem dürfen wir uns dafür bedanken?

## Liebe Patienten,

um Sie stets optimal und ohne gesundheitliches Risiko behandeln zu können benötigen wir einige Informationen zu Ihrem derzeitigen Gesundheitszustand und evtl. Vorerkrankungen. So möchten wir Sie bitten die folgenden Gesundheitsfragen in Ihrem eigenen Interesse vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten. Sämtliche Daten sind selbstverständlich nur für den internen Gebrauch und werden streng vertraulich behandelt.

### Herz / Kreislauf

Erhöhter Blutdruck

 ja  nein

Herzrhythmusstörungen

 ja  nein

Hatten Sie einen Herzinfarkt?

 ja  nein

Falls ja, wann? \_\_\_\_\_

Herzschwäche? Angina pectoris?

 ja  nein

Herzschrittmacher

 ja  nein

Herzklappenerkrankungen, -ersatz

 ja  nein

### Nervensystem

Krampfleiden (Epilepsie)

 ja  nein

Depression

 ja  nein

Hatten Sie einen Schlaganfall?

 ja  nein

Falls ja, wann? \_\_\_\_\_

### Blut

Sind Blutgerinnungsstörungen bekannt?  
(Verstärktes Bluten bei Verletzungen?)
 ja  nein

Nehmen Sie Blutverdünnungsmittel?

(z.B. Marcumar, ASS, Clopidogrel, Eliquis, Sonstige)

 ja  nein

### Lunge

Asthma, chronische Bronchitis

 ja  nein

Tuberkulose

 ja  nein

### Stoffwechselerkrankungen

Knochenschwund (Osteoporose)

 ja  nein

Zuckerkrankheit (Diabetes)

 ja  nein

Schilddrüsenerkrankung

 ja  nein

Lebererkrankung, Hepatitis, Gelbsucht

 ja  nein

Nierenerkrankungen

 ja  nein

## Augen

Leiden Sie an erhöhtem Augeninnendruck?  ja  nein  
(Grüner Star)

## Sonstige Erkrankungen

Ansteckende Erkrankungen  ja  nein  
(z.B. Hepatitis, HIV, Tuberkulose, AIDS)

Krebserkrankungen?  ja  nein

Sonstige Erkrankungen?  ja  nein

Falls ja, welche? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Allergien

Leiden Sie unter Allergien?  ja  nein

Falls ja, auf welche Stoffe reagieren Sie allergisch? (z.B. Penicillin, Jod, Latex)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Haben Sie einen Allergiepass?  ja  nein

## Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  ja  nein

Falls ja, welche?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Weitere Fragen

Rauchen Sie?  ja  nein  
Wenn ja, wie viel? \_\_\_\_\_

Trinken Sie gewohnheitsmäßig Alkohol?  ja  nein

Nahmen Sie in der Vergangenheit oder nehmen Sie derzeit Drogen ein?  ja  nein

Besteht eine Schwangerschaft?  ja  nein

Leiden Sie unter Zahnfleischbluten?  ja  nein

Leiden Sie unter häufigen Kopf- und Nackenschmerzen?  ja  nein

Knirschen Sie mit den Zähnen?  ja  nein

Wann sind bei Ihnen zuletzt Röntgenaufnahmen im Mund- und Kopfbereich angefertigt worden?  
Bitte Monat und Jahr eintragen:

## Wichtige allgemeine Hinweise

Entsprechend der aktuellen Rechtsprechung weisen wir Sie darauf hin, dass es in seltensten Fällen durch das Setzen der Betäubungsspritze zu einer Nervreizung oder -verletzung kommen kann. Dies hat u. U. eine Gefühlsstörung in der Zunge, Wange oder Lippe zur Folge. Sollten Sie aufgrund o.g. Risiken keine Betäubung bei Ihrer Zahnbehandlung wünschen, so teilen Sie uns dieses bitte vor Behandlungsbeginn mit.

## Teilnahme am Straßenverkehr

Bitte beachten Sie, dass Medikamente, so auch Betäubungsspritzen, Ihre Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen können.

## Besondere Serviceleistungen unserer Praxis

Möchten Sie von uns an Vorsorgetermine (sog. Recall) erinnert werden?

ja  nein

Gerne können wir Ihnen einen Terminvorschlag auch per E-Mail unterbreiten, sofern Sie uns im Folgenden Ihre Kontaktadresse mitteilen. Meine E-Mail-Adresse:

## Nichteinhalten von Terminen

Bitte teilen Sie uns rechtzeitig (mind. 24h vorher) mit, falls Sie einen Termin nicht einhalten können.

## Bitte teilen Sie uns mit, sobald sich Ihr Gesundheitszustand ändert!

Ich bestätige vorstehende Angaben wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Datum

Unterschrift