



ANAMNESEBOGEN

Lieber/Liebe Patient*in, schön, dass Sie bei uns sind. Für eine bestmögliche Betreuung bitten wir Sie die folgenden Angaben zu vervollständigen. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Angaben zum/zur Patient*in

Name, Vorname _____

Anschrift _____

Geburtstag, Geburtsort _____

E-Mail-Adresse _____

Telefon, Mobil _____

Beruf _____

Hausarzt _____

Angaben zum/zur Hauptversicherten/Rechnungsempfänger*in

Name, Vorname _____

Anschrift _____

Krankenkasse _____

Versicherungsstatus _____

privat versichert:

Beihilfe Basistarif Vollversichert

gesetzlich versichert:

Pflichtversichert Freiwillig versichert
 Mit priv. Zusatzversicherung

Bonusheft ja nein

Pflegegrad oder Wiedereingliederungshilfe 1 2 3 4 5

Angaben zum Gesundheitszustand

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente**? Falls ja, welche?

Wir bitten um Angaben aller Medikamente, die Sie einnehmen (bei vorliegendem Medikamentenplan machen wir gerne eine Kopie).

Rauchen Sie? ja nein Wenn ja: Anzahl Zigaretten pro Tag? _____

Regelmäßiger Alkoholkonsum? ja nein

Sonstige Rauschmittel? _____

Haben Sie Kiefergelenksbeschwerden?

Schmerzen im Kiefergelenk Schmerzen/Muskelskater der Kaumuskulatur
 Funktionseinschränkung bei Mundöffnung andere: _____

Sind Sie zufrieden mit Ihrer Zahngesundheit / Lächeln?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(1 = gar nicht zufrieden, 10 = sehr zufrieden)

Datum _____

Unterschrift _____

Haben oder hatten Sie eine der nachstehend aufgeführten Gesundheitsstörungen und Risikofaktoren (falls zutreffend, bitte ankreuzen)

Herz-Kreislauf- oder Gefäßerkrankungen

Bluthochdruck Herzklappenersatz Herzklappenfehler
 Herzrhythmusstörung Stents andere: _____

Herzschrittmacher- /Defibrillator - Implantation

Asthma / chronisch obstruktive Lungenerkrankung / andere Atemnot

Bluterkrankungen oder verstärkte Blutungsneigung

Einnahme von gerinnungshemmenden Medikamenten?
(Bsp. ASS, Marcumar)

Diabetes mellitus Insulinpflichtig?

Grüner Star (Glaukom)

Infektionserkrankungen

Gelbsucht/Hepatitis Tuberkulose/Tbc HIV/AIDS

Operationen im letzten Jahr

Krebserkrankungen akut durchlaufen (Jahr: _____)

Therapie mit Bisphosphonaten

wenn ja: Tabletten intravenöse Gabe mit Zeitangabe

Erkrankungen mit Krampfanfällen

Epilepsie Stress- oder Angstbasierte Krampfanfälle andere

Depression oder Angststörung Angstpatient*in

Vegetarische/vegane Ernährung Schwangerschaft

Allergien Wenn ja, welche: _____

Lebererkrankung Schilddrüsenerkrankung

Gelenkerkrankungen

Nierenerkrankung Dialyse andere: _____

Sonstige Erkrankungen _____

Individuelle Anliegen und Beratungsinteresse

Kontrolluntersuchung Prophylaxe Zahnaufhellung
 Ästhetikberatung Zahnersatz Schmerzen

Dürfen wir Rechnungen per E-Mail versenden? ja nein

Möchten Sie an die halbjährlichen Kontrolluntersuchungen

erinnert werden? ja nein

Bitte beachten Sie unser Ausfallhonorar bei Nichteinhaltung des Termins (§ 615 BGB) von 50-100 Euro