



# Anamnesebogen

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Vorname
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße, Nr.	PLZ, Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon privat	Telefon mobil
<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-Mail	Geburtsdatum
<input type="text"/>	
Beruf	

## Versicherung:

- gesetzlich       privat       privat Zusatzversichert

## Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Persönliche Empfehlung durch \_\_\_\_\_  Suche über das Internet  
 Facebook       Instagram       Arztbewertung       Google-Bewertung

**Die folgenden Fragen sind von Bedeutung für Ihre zahnärztliche Behandlung und dienen Ihrer Sicherheit. Ihre Angaben werden ausschließlich innerhalb unserer Praxis verwendet und unterliegen der Schweigepflicht. Bitte kreuzen Sie an!**

## Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?

- Ja       Nein

Mein Hausarzt ist: \_\_\_\_\_

## Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

- Ja       Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

## Besteht eine Allergie / Überempfindlichkeit gegen bestimmte Stoffe?

- Ja       Nein

Antibiotikum      Wenn ja, welches? \_\_\_\_\_

andere \_\_\_\_\_

**Ist bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen bekannt?**

Ja  Nein

Zuckerkrankheit (Diabetes)

Glaukom/Grüner Star

Grauer Star

Rheuma

Lebererkrankung

Niereninsuffizienz

Krampfanfälle (Epilepsie)

Lungenerkrankungen

andere \_\_\_\_\_

**Haben oder hatten Sie eine der aufgeführten Infektionskrankheiten?**

Ja  Nein

Hepatitis A

Hepatitis B

Hepatitis C

HIV

Tuberkulose

andere \_\_\_\_\_

**Ist bei Ihnen eine der folgenden Herz-Kreislauf-Erkrankungen bekannt?**

Ja  Nein

Hoher Blutdruck

Blutgerinnungsstörung

Herzfehler

Herzinfarkt

Herzmuskelschwäche

Herzinnenhautentzündung

Herzrhythmusstörungen

Herzoperation

Herzschrittmacher

Herzklappen-Prothesen

**Besteht eine Schwangerschaft?**

Ja  Nein

Wenn ja, welche Woche? \_\_\_\_\_

**Sind Sie Raucher?**

Ja  Nein

**Schnarchen Sie?**

Ja  Nein

Wenn ja, stört Sie das Schnarchen?

Ja  Nein

**Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?**

Ja  Nein

**Haben Sie Beschwerden mit dem Kiefergelenk?**

Ja  Nein

knackt oder macht Geräusche

und/oder

schmerzt

**Leiden Sie unter Mundgeruch?**

Ja  Nein

**Sind Sie zufrieden mit Ihrer Zahnfarbe?**

Ja  Nein

**Gehen Sie regelmäßig zur professionellen Zahnreinigung?**

Ja  Nein

Wenn ja, in welchen Abständen

3

6

12 Monate

**Wir sind eine Bestellpraxis. Vereinbarte Termine können bis spätestens 24 Stunden vor dem Termin abgesagt werden. Nicht wahrgenommene oder versäumte Termine können nach § 304 und 615 BGB in angemessener Höhe in Rechnung gestellt werden.**

Empty box for date

Datum

Empty box for signature

Unterschrift