

# Anamnesebogen

Name:   
Vorname:   
Geburtsdatum:   
Straße:   
PLZ und Ort:   
Telefon:   
E-Mail-Adresse:   
Beruf:   
Arbeitgeber, Ort:   
Krankenkasse:

**Wenn Sie nicht selbst krankenversichert sind, wer ist Mitglied?**

Name:   
Vorname:   
Geburtsdatum:   
Straße:   
Ort:   
Wer soll die Rechnung erhalten?   
Sind Sie beihilfeberechtigt?  Ja  nein  
Wer hat uns empfohlen?

Ich bin privat versichert:  im Basistarif(Standardtarif)  nicht im Basistarif. Ich habe eine Zusatzversicherung:  Ja  nein

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau! Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

## Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?

- Haben Sie Zahnschmerzen?  Ja  nein  
Haben Sie Zahnfleischprobleme?  Ja  nein  
Kontrolluntersuchung  Ja  nein  
Sie sind an einem Prophylaxeprogramm interessiert?  Ja  nein  
Haben Sie Kiefergelenksschmerzen?  Ja  nein  
Wünschen Sie über künstliche Zähne (Implantate) aufgeklärt zu werden?  Ja  nein

## Bestehen gesundheitliche Risiken?

- Anfallsleiden (Epilepsie)  Ja  nein  
Blutgerinnungsstörungen  Ja  nein  
Nierenerkrankungen  Ja  nein  
Diabetes  Ja  nein  
Sonstige Erkrankungen:

**Röntgenpass vorhanden?**  Ja  nein

**Wurden Röntgenbilder erstellt?**  Ja  nein

Wann?

## Wer ist Ihr Hausarzt ?

Name

Anschrift

Telefon

**RECALL:** Wünschen Sie halbjährlich ein Erinnerungsschreiben für Ihre nächste zahnärztliche Kontrolluntersuchung (Recall)?  Ja  nein

## Leiden Sie an Herz-/Kreislaufferkrankungen?

- Bluthochdruck  Ja  nein  
Herzklappenfehler  Ja  nein  
Herzschrittmacher  Ja  nein  
Herzoperation  Ja  nein  
Sonstige:

## Bestehen Allergien bzw. Unverträglichkeiten?

- Lokalanästhesie/ Spritzen  Ja  nein  
Antibiotika  Ja  nein  
Medikamente  Ja  nein  
Allergiepass vorhanden  Ja  nein  
Sonstige:

## Bestehen oder bestanden Infektionskrankheiten?

- AIDS  Ja  nein  
Hepatitis  Ja  nein  
Tuberkulose  Ja  nein

## Besteht eine Schwangerschaft?

Wenn ja, in welchem Monat?

**Rauchen Sie?**  Ja  nein

Wenn ja, wie viel täglich?

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?**  Ja  nein

Welche?

Haben/hatten Sie eine Biophosphanat-Therapie?  Ja  nein

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 2 Tage vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine mit 150 € pro ½ h in Rechnung gestellt werden können.

Datum:

Unterschrift: \_\_\_\_\_