

# ANAMNESEBOGEN



Die Zahnarztpraxis  
am Neuen Wall

Bevor wir uns in Ruhe mit Ihnen über Ihr zahnmedizinisches Anliegen unterhalten, benötigen wir für Ihre individuelle Behandlung Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand.

**Alle Angaben unterliegen natürlich der Schweigepflicht!**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.: \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Bitte teilen Sie uns jede Änderung Ihres Gesundheitszustandes oder Ihrer Adresse mit!

## Welche Medizinische Vorgeschichte haben oder hatten Sie?

	Ja	nein		Ja	nein
Herz- / Kreislauferkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Immunschwäche (HIV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lebererkrankungen, Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzklappenfehler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lebererkrankungen, andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endocarditis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaukom (grüner Star)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes (Typ _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstige Erkrankungen _____		

	Ja	nein		Ja	nein
Haben Sie Allergien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wenn ja, welche: _____			wenn ja, wievielte Woche: _____		
Nehmen Sie Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wenn ja, welche: _____			wenn ja, wieviel pro Tag: _____		

Mißfällt Ihnen das	Ja	nein	Wünschen Sie	Ja	nein
<b>Aussehen Ihrer Zähne?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>eine Beratung über:</b>		
Haben Sie z. Z. Schmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ihr persönliches Kariesrisiko?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie z. Z. Zahnfleischbluten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zahnfleischbehandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie z. Z. Probleme beim Kauen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ästhetische Zahnheilkunde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Implantatversorgung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			alternative Füllungstherapien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Kiefergelenksbehandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Ich bin darüber informiert, dass private Rechnungen nach der GOZ und der GOÄ erstellt werden. Termine, die ich nicht einhalten kann, sage ich 24 Stunden vorher ab. Ansonsten kann mir die Ausfallzeit in Rechnung gestellt werden.**

Ort, Datum

Unterschrift