



Anamnesebogen

Patient:

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

versichert über:

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Adresse: _____

Telefon/Privat : _____

Handy : _____

E-Mail : _____

Beruf: _____

Arbeitgeber: _____

Telefon geschäftlich: _____

Hausarzt: _____

Bisheriger Zahnarzt: _____

Zuletzt geröntgt (OPG): _____

Gesundheitsfragen:

1. An welchen Allgemeinerkrankungen leiden Sie? _____

(Herz-Kreislauf, Blutdruck, Diabetes, Magen-Darm, innere Organe, Gerinnungsstörungen, AIDS, Hepatitis,..)

2. Sind Sie zur Zeit in ärztlicher oder zahnärztlicher Behandlung? Nein Ja

3. Rauchen Sie? Nein Ja

Wenn ja, wie viele am Tag? _____



4. Sind Sie Schwanger?

Nein

Ja

5.1 Welche Medikamente nehmen Sie ein? _____

5.2 regelmäßig oder vorübergehend?

regelmäßig

vorübergehend

5.3 gegen welche Erkrankungen? _____

6.1 Sind Ihnen Allergien oder Überempfindlichkeiten
gegen bestimmte Stoffe bekannt?

Nein

Ja

Welche Stoffe? _____

6.2 Haben Sie einen Allergiepasse?

Nein

Ja

7. Haben Sie allgemein irgendwelche Probleme mit
Ihren Zähnen? (Zahnfleischbluten, Beläge, Aussehen, Knirschen, Zahnersatz locker)

Nein

Ja

8. Leiden Sie unter Kiefer-, Gesichts- oder Kopfschmerzen?

Nein

Ja

9. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

10. Möchten Sie in unser Erinnerungs-System aufgenommen werden?

Nein

Ja

Bitte beantworten Sie die Fragen in Ihrem Interesse wahrheitsgemäß, und teilen Sie uns jede Änderung des Gesundheitszustandes und des Versichertenstatus mit. Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich! Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben.

Datum, Unterschrift:

Bitte drucken Sie den ausgefüllten Fragebogen aus und bringen Sie ihn unterschrieben zum nächsten Termin mit in die Praxis.
Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!