

## Anamnesebogen

### Persönliche Informationen

Patient\*in Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtstag \_\_\_\_\_

Evtl. Versicherte\*r Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtstag \_\_\_\_\_

Anschrift Straße/Nr. \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Kontaktdaten Mobilnummer \_\_\_\_\_ tagsüber Telefon \_\_\_\_\_

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

Bitte beachten Sie, dass wir Ihre Kontaktdaten ggf. auch nutzen, um medizinische Daten oder Informationen an Sie zu senden.

Beruf \_\_\_\_\_ Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Privat  Gesetzlich Name der Krankenkasse \_\_\_\_\_

beihilferechtigt  freiwillig versichert  Zahnzusatzversicherung \_\_\_\_\_

Wer hat uns empfohlen? Wodurch sind Sie auf uns aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

### Allgemeine Situation

	ja	nein		ja	nein
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche? TBC HIV Hepatitis		
Wenn ja, welche? _____			Allergien? Welche:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt / Schlaganfall oder Lähmungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Wenn ja, welche? _____			Nehmen Sie Medikamente? Welche:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Nehmen Sie Blutverdünner-Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haben Sie Osteoporose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutdruck normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nehmen Sie sonstige Medikamente?		
Blutdruckwert zu niedrig / zu hoch _____			Wenn ja, welche? _____		
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rauchen Sie? Anzahl _____ je Tag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Augenerkrankung / Engwinkelglaukom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haben Sie weitere Krankheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Künstliche Gelenke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche? _____		
			_____		



Zahn-Mund-Gesundheit

ja nein

Geräusche im Kiefergelenk  
(z.B. beim Gähnen, Kauen)

Haben Sie aktuelle Röntgenbilder vom alten Zahnarzt?

Datum \_\_\_\_\_

Kopfschmerzen oder am Kopf/Nacken

Zahnarzt \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_

Zahnfleischbluten

Zahnfleischrückgang

Haben Sie ein Bonusheft?

ja nein

Mundgeruch

Medikamenten-Liste vom Hausarzt?

Zahnersatz

Wenn ja, seit \_\_\_\_\_ Jahren.

Für Frauen

Ist bei Ihnen eine kieferorthopädische  
Behandlung durchgeführt worden?

Besteht eine Schwangerschaft?

Ja, ich bin in der \_\_\_\_\_ Woche

Nein

Ungewiss

Haben Sie Interesse einer professionellen,  
medizinischen Zahnreinigung MZR?

ja nein

Besteht zurzeit ein Kinderwunsch?

Sind Sie mit der Stellung, Farbe, Form Ihrer  
Zähne, kurz: mit Ihrem „Lächeln“, zufrieden?

Dürfen wir Sie zur Vorsorge einladen?  
Wichtig für Bonusheft Stempel!

Um eventuelle Risiken zu vermeiden, bitten wir um  
sofortige Mitteilung, wenn während des  
Behandlungszeitraums eine Schwangerschaft eintritt.

Welche besonderen Wünsche/Anliegen führen Sie zu uns?

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die **Fahrtauglichkeit** nach einer **lokalen Betäubung eingeschränkt** ist.  
Wir bitten Sie uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes unverzüglich mitzuteilen.

Falls Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie, spätestens **48 Stunden vorher abzusagen**. Sie  
erweisen uns und Ihren Mitpatient\*innen damit einen großen Gefallen, da wir als Bestellpraxis die für Sie reservierte  
Zeit sonst nicht wieder vergeben können. Ausfallzeiten können nach §§615. Satz BGB, 287 ZPO berechnet werden.

**Hiermit versichere ich, die Angaben vollständig und inhaltlich richtig gemacht zu haben. Alle Hinweise im  
Anamnesebogen habe ich zur Kenntnis genommen. Alle Eingaben wurden entweder von mir persönlich oder von  
meinem gesetzlichen Vertreter in der Praxis gemacht habe.**

Leverkusen, der \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzlich\*r Vertreter\*in)

