



## ANAMNESEBOGEN

### Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bevor wir mit Ihrer zahnmedizinischen Behandlung beginnen können, benötigen wir einige Informationen von Ihnen. Bitte nehmen Sie sich einen Moment Zeit, um diesen Anamnesebogen sorgfältig auszufüllen. Ihre Angaben sind für uns wichtig, um Ihnen eine bestmögliche Behandlung bieten zu können. Alle Informationen werden selbstverständlich vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Die mit \* gekennzeichneten Angaben sind nicht unbedingt für die Behandlung notwendig und somit freiwillig.

### 1 | PATIENTENDATEN

Vorname	<input type="text"/>	Name	<input type="text"/>
Straße, Nr.	<input type="text"/>	PLZ/Ort	<input type="text"/>
Geb. Datum/Ort	<input type="text"/> in <input type="text"/>	Beruf	<input type="text"/>
Tel. privat:	<input type="text"/>	Mobil*	<input type="text"/>
Krankenkasse	<input type="text"/>	E-Mail*	<input type="text"/>

### 2 | VERSICHERTENDATEN (SO FERN DIESE VON DEN PATIENTENDATEN ABWEICHEN)

Vorname	<input type="text"/>	Name	<input type="text"/>
Straße, Nr.	<input type="text"/>	PLZ/Ort	<input type="text"/>
Geb. Datum	<input type="text"/>	Krankenkasse	<input type="text"/>
Tel. privat:	<input type="text"/>	Mobil*	<input type="text"/>

### 3 | VERSICHERUNGSART

gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/>	Zahnzusatzversicherung	<input type="checkbox"/>
privat voll-versichert	<input type="checkbox"/>	Beihilfe	<input type="checkbox"/>
freiwillig gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/>	Basistarif einer privaten Versicherung	<input type="checkbox"/>

### 4 | VORSORGE

Haben Sie Interesse an einer regelmäßigen Vorsorge?

Möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnert werden?

E-Mail  Telefon  Post  Bitte nicht vergessen die Felder "E-Mail" oder "Telefon" auszufüllen!

Hiermit bestätige ich folgende Informationen zur Kenntnis genommen zu haben:

- Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient:in und Sie erhalten eine Rechnung.
- Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. im Verhinderungsfall mindestens 24 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.
- Ich habe diesen Fragebogen mit bestem Gewissen ausgefüllt und bestätige mit meiner Unterschrift die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben. Änderungen werde ich unverzüglich mitteilen.

Freising, den \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

# PATIENT

Vorname

Name

## 5 | GRUND IHRES BESUCHS

- Allgemeine Kontrolle
- Zahnschmerzen
- Zahnfleischbluten
- Mundgeruch
- Kopf- / Nackenschmerzen | Knirschen

## 6 | GESUNDHEITSFragen

- Herzerkrankungen
- Herzschrittmacher | Künstl. Herzklappen
- Hoher Blutdruck
- Niedriger Blutdruck
- Ohnmachtsneigung
- Blutungsneigung
- Rheuma
- Diabetes
- Schilddrüsenerkrankungen
- Lebererkrankungen
- Magen- / Darmerkrankungen
- Nierenerkrankungen
- Lungenerkrankungen | Asthma
- Nasen- / Nebenhöhlenerkrankungen
- Epilepsie
- Infektionskrankheiten (z.B. HIV, Hepatitis)
- Sonstige Erkrankungen  
Wenn ja, welche?
- Allergien  
Wenn ja, welche?
- Sind Sie Raucher?
- Für unsere weiblichen Patienten:  
Sind Sie schwanger?

## 7 | REG. MEDIKAMENTENEINNAHME

- Gerinnungshemmer (Blutverdünner)
- Cortison (Entzündungshemmer)
- Bisphosphonat (bei Tumor | Osteoporose)
- Psychopharmaka
- Sonstige

Wenn ja, welche Medikamente?

Reagieren Sie bei bestimmten Medikamenten empfindlich? Wenn ja, bei welchen?

## 8 | WAS SOLL BEI DER BEHANDLUNG BESONDERS BERÜCKSICHTIGT WERDEN?

- Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen
- Starke Schmerzempfindlichkeit
- Starker Würgereiz
- Sonstiges

## 9 | BERATUNGSWUNSCH

- Professionelle Zahnreinigung
- Weißer Zähne (Bleaching)
- Zahnästhetik | Kosmetik | Ihr Lächeln
- Zahnfarbene Keramik- / Kompositfüllungen
- Implantate | Implantatversorgung
- Ästhetische Zahnkorrektur
- Amalgamsanierung
- Sonstiges