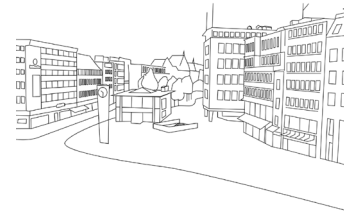


# Anamnesebogen



Zahnarzt Rudolf Semmler

## Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient...

bevor wir uns über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, bitten wir Sie, uns zunächst einige Informationen für unsere Verwaltung zu geben.

### Angaben zu Ihrer Person

Name / Vorname Geburtsdatum:

---

Straße / Nr.: PLZ / Ort:

---

Telefon (privat): Beruf:

---

Telefon (mobil):

---

E-Mail Adresse:

---

Krankenkasse:

---

### Versichertenstatus

Mitglied

Familienmitglied

Rentner

Privat

### Versichert über...

Name / Vorname: Geburtsdatum:

---

Straße / Nr.: PLZ / Ort:

---

### Hausärztin / -arzt

Name: Ort:

---

Telefon:

---

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

---

Empfohlen von?

---

Internet?

---

### Hinweis

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb den Anamnese-Fragebogen sorgfältig aus. Er wird Ihrer Karteikarte beigelegt. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollten Sie Schwierigkeiten bei der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

BITTE WENDEN

# Anamnesebogen

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Erkrankungen

Herz oder Kreislauf  
Wenn ja, welche?  Ja  Nein

hohen Blutdruck  Ja  Nein

niedrigen Blutdruck  Ja  Nein

Erkrankung des Blutes  
(Gerinnungsstörung, langes Nachbluten)  Ja  Nein

Zuckerkrankheit (Diabetes)  
Haben Sie einen Diabetes-Pass?  
HbA1-c-Wert .....%

Osteoporose  Ja  Nein  
Haben Sie jemals Medikamente  
gegen Osteoporose eingenommen  
(Bisphosphonate: z.B. Zometa, Aredia,  
Bondronat, Fosamax, Actonel)  Ja  Nein

Krebserkrankungen  Ja  Nein  
Chemotherapie  Ja  Nein

Schilddrüsenerkrankung  Ja  Nein

Asthma/Lungenleiden  Ja  Nein

Lebererkrankung (Hepatitis)  Ja  Nein

Nierenerkrankung  Ja  Nein

Magen-Darm-Erkrankung  Ja  Nein

Anfallsleiden (Epilepsie)  Ja  Nein

Nervenerkrankung  Ja  Nein

Rheuma / rheumatisches Fieber  Ja  Nein

Grüner Star  Ja  Nein

Immunschwäche, AIDS, (HIV-positiv)  Ja  Nein

Allgemeines (falls zutreffend, bitte nähere Angaben)

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher  
Behandlung?  Ja  Nein

Nehmen Sie regelmäßig  
Medikamente ein?  Ja  Nein

Nehmen Sie Medikamente ein,  
die die Blutgerinnung hemmen  
(Marcumar)?  Ja  Nein

Allergien und/oder Unverträglichkeiten  
(falls zutreffend, bitte nähere Angaben)

Neigen Sie zu Allergien?  Ja  Nein

Haben Sie einen Allergiepass?  Ja  Nein

Gibt es Medikamente, die Sie  
nicht vertragen?  Ja  Nein

Für unsere Patientinnen

Besteht eine Schwangerschaft?  Ja  Nein

Wenn ja, in welcher Woche? \_\_\_\_\_

Zum Schluss

Rauchen Sie?  Ja  Nein

Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag? \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter Mundgeruch?  Ja  Nein  
Wenn ja, bitte nähere Angaben

Hatten Sie schon einmal Probleme während oder nach einer zahnärztlichen Behandlung?  Ja

Wünschen Sie, über unser Prophylaxe-Programm informiert zu werden?  Ja

Wünschen Sie, von uns über neuere und bessere zahnmedizinische Behandlungsmethoden informiert zu werden, auch wenn diese Leistungen von der Krankenkasse nicht oder nur teilweise übernommen werden?  Ja

Vielen Dank für Ihre Bemühungen.

Datum ..... Unterschrift ..... Datum ..... Unterschrift .....

Datum ..... Unterschrift ..... Datum ..... Unterschrift .....