



## ANAMNESEBOGEN

Patient Name \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Anschrift Strasse / Ort \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Krankenkasse \_\_\_\_\_

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

Beihilfeberechtigt  zusätzlich versichert  freiwillig versichert

### ALLGEMEINE SITUATION

Medikamentenallergie (z.B. Penicillin) ja / nein  
 \_\_\_\_\_

Blutdruck: niedrig  normal  hoch

Herzerkrankungen/ Herzrhythmusstörungen

Tragen Sie einen Herzschrittmacher?

Nehmen Sie Blutverdünner (z.B. Marcumar, ASS)?

Infektionskrankheiten (Hepatitis, TBC, HIV)

Diabetes (Zuckerkrankheit)

Schilddrüsenerkrankung

Nehmen Sie z. Zt. Medikamente ein?

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel/ Tag? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Drogen? (Cannabis etc.)

Alkoholkonsum?

### ZAHN-MUND-SITUATION

Zahnfleischbluten ja / nein

Zahnfleischrückgang

Geräusche im Kiefergelenk (z.B. beim Kauen)

Schmerzen am Kopf oder im Nacken?

Sind Sie mit der Stellung/Farbe/Form Ihrer

Zähne, kurz: mit Ihrem „Lächeln“, zufrieden?

Wann wurden Sie zuletzt zahnärztlich geröntgt?

Vor \_\_\_\_\_ Monaten

Besteht eine Schwangerschaft?

Ja \_\_\_\_\_ (Woche) Nein  Ungewiss

(Wir bitten um sofortige Mitteilung, wenn während des Behandlungszeitraumes eine Schwangerschaft eintritt!)

Haben Sie Interesse an einer Prophylaxe?

Dürfen wir Ihnen den Service anbieten, Sie halbjährlich an Ihre Vorsorge zu erinnern?

Welches besondere Anliegen führt Sie in unsere Praxis?

Bei wem dürfen wir uns dafür bedanken, dass Sie unsere Praxis aufsuchen?

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Fahrtauglichkeit nach einer lokalen Betäubung eingeschränkt ist.  
 Wir bitten Sie, uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes unverzüglich mitzuteilen.  
 Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis wohl fühlen und stehen Ihnen bei Fragen gerne zur Verfügung.

Datum

Unterschrift