



Anamnesebogen für Erwachsene

Patient Herr/ Frau Name _____ Vorname _____ Geb. _____

Mitgliedsversichert Name _____ Vorname _____ Geb. _____

Anschrift Straße/ Nr. _____

PLZ/ Ort _____

Tel. privat Festnetz _____

Tel. mobil/ beruflich _____

Beruf _____ Email _____

Krankenversicherung _____ gesetzlich / privat

Beihilfeberechtigt _____ privat zusatzversichert _____ freiwillig versichert _____

Allgemeinanamnese (bitte ankreuzen) **JA** **NEIN**

Haben Sie eine Allergie (z. Bsp. gegen Penicillin, Iod)? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Welche? _____

Leiden Sie an einer Herzerkrankung(z.B. Endokarditis, Infarkt)? _____

Haben Sie hohen Blutdruck? _____

Leiden Sie an Blutgerinnungsstörungen? _____

Haben Sie einen erhöhten Augeninnendruck (Glaucom)? _____

Leiden Sie an Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)? _____

Ist bei Ihnen eine Infektionskrankheit bekannt (HIV, Hepatitis)? _____

Leiden Sie an Epilepsie? _____

Leiden Sie an Asthma bronchiale? _____

Sonstige Erkrankungen (z.B. Tumorerkrankung, Osteoporose)? _____



Zahnmedizinische Anamnese (bitte ankreuzen)	JA	NEIN
Haben Sie Angst vorm Zahnarzt?	___	___
Tragen Sie Zahnersatz? Seit wann?	___	___
Sind sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne (z.B. Farbe, Form) zufrieden?	___	___
Sind Sie Raucher? Wenn ja wieviel rauchen Sie?	___	___
Leiden Sie an Zahnfleischbluten oder Mundgeruch?	___	___
Haben Sie häufiger unangenehme Knackgeräusche im Ohr?	___	___
Haben Sie häufiger Kopfschmerzen oder Nackenverspannungen?	___	___
Für Frauen: Wissen Sie, ob eine Schwangerschaft besteht?	___	___
Wann wurden Sie das letzte Mal beim Zahnarzt geröntgt?	___	___
Wünschen Sie eine Betäubung (lokale Anästhesie)?	___	___
Gab es Komplikationen während einer zahnmedizinischen Behandlung?	___	___
Haben Sie besondere Wünsche während einer Zahnbehandlung?	_____	
Wie haben Sie von unserer Zahnarztpraxis erfahren?	_____	
Name/ Adresse des Hausarztes	_____	

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Fahrtauglichkeit nach einer Lokalanästhesie eingeschränkt sein kann.

Wir sind bestrebt unangenehme Wartezeiten beim Zahnarzt zu vermeiden.

Sollte es dennoch einmal zu einer Wartezeit kommen, so aus dem Grund von unvorhersehbaren Zwischenfällen oder zahnmedizinischen Notfällen.

Wir bitten dies in solchen Fällen zu entschuldigen.

Sollten Sie eine für Sie reservierte Behandlungszeit einmal nicht wahrnehmen können, informieren Sie uns bitte rechtzeitig (möglichst 48 Stunden zuvor).

Ausfallzeiten können nach § 615 BGB in Rechnung gestellt werden.

Datum _____

Unterschrift _____