



Anamnesebogen

Persönliche Angaben

Name _____

Anschrift _____

PLZ _____ Ort _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Telefon _____ Mobil _____

Bei Kindern/Jugendlichen

Erziehungsberechtigter _____ Geburtsdatum _____

Krankenversicherung

gesetzliche Versicherung _____

private Versicherung _____

Selbstzahler _____

Private Zahn-Zusatzversicherung _____

Hausarzt

Allergien und Unverträglichkeiten

Ist Ihnen eine Allergie gegen Arzneimittel (z.B. Penicillin), Latex, Nahrungsmittel, Kosmetika, Milchzucker o.ä. bekannt?

Ja Nein

Medikamente

Nehmen Sie aktuell irgendwelche Arzneimittel ein?

Ja Nein Wenn ja, welche? _____

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

- Atemwegserkrankungen wie z.B. Asthma
- Bluterkrankungen mit erhöhter Blutungsneigung oder nehmen Sie blutverdünnende Medikamente (Marcumar/ASS) ein?
- Diabetes?
- Epilepsie (Krampfanfälle)?
- Hatten Sie einen Schlaganfall?
- Herzerkrankungen?
- Besteht eine Erkrankung des Herzmuskels oder der Herzklappe
- Tragen Sie einen Herzschrittmacher?
- Hatten Sie einen Herzinfarkt? Wann?
- Haben Sie Herzrhythmusstörung?
- Zu hoher oder niedriger Blutdruck? hoch niedrig
- Lebererkrankungen?
- Infektionserkrankungen (HIV, Hepatitis)?



Rauchen und Genussmittel

- Rauchen Sie Zigaretten/Zigarren oder Pfeife? Ja Nein
Wenn ja, wieviele pro Tag? _____ Stück
Nehmen Sie Drogen? Ja Nein

Röntgen

- Wurden bei Ihnen im letzten Jahr Röntgenaufnahmen
im Mund-Kiefer-Bereich veranlasst? Ja Nein
Besitzen Sie einen Röntgenpass? Ja Nein

Schwangerschaft

Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja: Welche Woche? _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Atemwegserkrankungen wie z.B. Asthma
 Die Lage ist für mich günstig.
 Ist mir empfohlen worden von anderem Patienten. _____
 Ich habe in der Zeitung über die Praxis gelesen.
 Ich habe im Telefon- oder Branchenbuch nachgeschaut.
 Über das Internet.

Allgemeine Fragen zu persönlichen Wünschen

Folgende zahnmedizinischen Aspekte sind mir besonders wichtig

- unwichtig ★
weniger wichtig ★★
teils/teils ★★★
wichtig ★★★★
sehr wichtig ★★★★★

Kreuzen Sie bitte die entsprechenden Sterne nach Gewichtung an!

- Gut sitzender Zahnersatz ★★★★★
Kosmetisch schöne Zähne und Zahnfleisch ★★★★★
Professionelle Hilfe in der Zahnpflege und Prophylaxe ★★★★★
Bleichen (Aufhellen) der Zähne ★★★★★
Erhaltung eigener Zahnschubstanz ★★★★★
Mundgeruchs-Behandlung, um wieder einen
frischen Atem zu erlangen ★★★★★
Hohe Materialverträglichkeit ★★★★★
Beratung über Behandlungsalternativen ★★★★★

Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass nach einer örtlichen Betäubung im Mund-Gesichtsbereich
Ihr Verhalten im Straßenverkehr beeinträchtigt sein kann!

Zudem werden wir Sie in unser **Recall-System** aufnehmen und Sie per Telefon oder Brief an Ihre nächste
Vorsorgeuntersuchung erinnern.

Sollten Sie dies nicht wünschen, sagen Sie uns bitte Bescheid.

Bonn, den _____

Unterschrift _____