

Anamnesebogen

Vorname: _____
 Name: _____
 Geburtsdatum: _____
 Geburtsort: _____
 Adresse: _____

 Telefon: _____
 Handy: _____
 E-Mail: _____
 Beruf: _____
 Arbeitgeber: _____

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name: _____
 Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____
 Adresse: _____

Wer soll die Rechnung erhalten?

Ich bin privat versichert: im Basistarif nicht im Basistarif
 beihilfeberechtigt

Haben Sie eine Zusatzversicherung? Ja Nein

Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?

Haben Sie Beschwerden Ja Nein
 Haben Sie Zahnfleischprobleme? Ja Nein
 Haben Sie Kiefergelenksbeschwerden? Ja Nein
 Kontrolluntersuchung Ja Nein
 Sind Sie an einer Professionellen Zahnreinigung interessiert? Ja Nein

Wünschen Sie halbjährlich ein Erinnerungsschreiben für Ihre nächste zahnärztliche Kontrolluntersuchung? Ja Nein

Haben/hatten Sie eine Bisphosphonattherapie Ja Nein

Wurden in dem vergangenen Jahr Röntgenbilder von Ihnen erstellt? Ja Nein
 Von welchem Zahnarzt? _____

Wer ist Ihr Hausarzt? _____

Besteht ein Pflegegrad? Welcher: _____ Ja Nein

Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein
 Wenn ja, welcher Monat? _____

Rauchen Sie? Ja Nein
 Wenn ja, wie viel täglich: _____

Besteht oder bestand eine Drogen- oder Alkoholabhängigkeit? Ja Nein

Besteht eine psychische Erkrankung? Ja Nein

Datum _____

Bestehen Gesundheitliche Risiken

Osteoporose Ja Nein
 Anfallsleiden (Epilepsie) Ja Nein
 Blutgerinnungsstörung Ja Nein
 Nierenerkrankung Ja Nein
 Diabetes Typ _____ Ja Nein
 Sonstige Erkrankung: _____ Ja Nein

Leiden Sie an Herz-/Kreislaufkrankungen?

Bluthochdruck Ja Nein
 Herzklappenfehler Ja Nein
 Herzschrittmacher Ja Nein
 Herzoperation Ja Nein
 Sonstige: _____ Ja Nein

Bestehen oder bestanden Infektionskrankheiten?

HIV Ja Nein
 Hepatitis A B C Ja Nein
 Tuberkulose Ja Nein
 Sonstige: _____ Ja Nein

Bestehen Allergien bzw. Unverträglichkeit?

Lokalanästhesie (Spritze) Ja Nein
 Antibiotikum Ja Nein
 Medikamente Ja Nein
 Sonstige: _____ Ja Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Ja Nein

Unterschrift _____