



ANAMNESEBOGEN

Vor- und Zuname Patient

Geburtsdatum

Vor- und Zuname Versicherter

Geburtsdatum

Telefon Privat

Telefon Arbeitgeber

Handynummer

E-Mail

PLZ + Ort

Straße

Gesetzliche Krankenkasse

Freiwillig versichert

Zusatzversicherung

Privatversicherung

Beihilfe

	Ja	Nein
Allergie / Unverträglichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemwegserkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz-Kreislaufferkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzpass? Antibiotika Abdeckung notwendig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchblutungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Raucher (wieviel täglich)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionserkrankung z.B. Gelbsucht, Hepatitis, TB, HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen-Darm Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumorerkrankung / welche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frühere Operation / welche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht eine Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Medikamente (wenn ja, welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		
.....		
Wurde in den letzten Jahren im Kopfbereich eine Röntgenaufnahme gemacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Erkrankungen oder Probleme:		
Befinden Sie sich in ärztlicher Behandlung? (Adresse des Arztes)		
.....		



ANAMNESEBOGEN - SEITE 2

Welche Zahnbehandlungen wurden zu einem früheren Zeitpunkt durchgeführt?

Kieferorthopädie, feste / lose Spange (Wann ungefähr?)

Zahnersatz Kronen, Brücken, Inlays, Prothesen (Alter?)

Parodontosebehandlung (Wann ungefähr?)

Professionelle Zahnreinigung (Wann ungefähr?)

Sind oder waren Sie in Behandlung in: Orthopädie, Massage, Krankengymnastik, Osteopathie
oder Physiotherapie (gfs. Name Behandler)

Haben Sie Beschwerden, z.B. Kiefergelenk, HWS Syndrom oder andere (CMD)

Schnarchen Sie oder haben Sie Schlafstörungen?

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

- Persönliche Empfehlung
- Wohnortnähe
- Telefonbuch / Gelbe Seiten
- Suche im Internet (Google)
- Internet: Arztverzeichnis o.ä.:
- Sonstiges

Betäubungsspritzen können die Fahrtüchtigkeit und das Führen von Maschinen
bis zu 24 Stunden beeinträchtigen. Bitte berücksichtigen Sie dies bei Ihrer Terminplanung.

Bitte teilen Sie uns rechtzeitig mit, wenn Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, d.h. mindestens am Tag
vor dem vereinbarten Termin. Andernfalls sind wir berechtigt, Ihnen ein Ausfallhonorar in Rechnung zu stellen.

Datum + Unterschrift