

# Anamnesebogen

**Sehr geehrter Patient,**

um eine mögliche komplikationslose Behandlung durchzuführen, bitte ich Sie die Anmeldung sorgfältig und wahrheitsgemäß auszufüllen. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

## Persönliches

Name / Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
 Straße / Nr. \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_  
 Tel. Festnetz \_\_\_\_\_ Tel. mobil \_\_\_\_\_  
 E-Mail \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_  
 Krankenkasse \_\_\_\_\_

## Leiden Sie an:

- Herz- und Kreislaufbeschwerden, z.B. Bluthochdruck, Ohnmachtsneigung?  Ja  Nein
- Allergien, Heuschnupfen, Asthma?  Ja  Nein
- Infektionskrankheit, TBC, Gelbsucht, Aids etc.?  Ja  Nein
- Blutkrankheit, Blutungsneigung, Marcumar?  Ja  Nein
- Infektionskrankheit, TBC, Gelbsucht, Aids etc.?  Ja  Nein
- Diabetes?  Ja  Nein
- Leberkrankheit?  Ja  Nein
- Rheuma, Gicht?  Ja  Nein
- Schilddrüsenerkrankung?  Ja  Nein
- Sonstige Erkrankungen?  Ja  Nein
- Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Wann waren Sie zuletzt beim Zahnarzt? \_\_\_\_\_
- Wie alt ist eventuell vorhandener Zahnersatz? \_\_\_\_\_
- Nehmen Sie z. Zt. Medikamente?  Ja  Nein
- Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Wer ist Ihr Hausarzt? \_\_\_\_\_
- Sind Sie in den letzten 12 Monaten im Kopf-/ Kieferbereich geröntgt worden?  Ja  Nein
- Besteht Schwangerschaft?  Ja  Nein
- Wenn ja, voraussichtl. Entbindungstermin? \_\_\_\_\_
- Dürfen wir Sie kostenlos an die Vorsorgeuntersuchung erinnern?  Ja  Nein

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_