

Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis! Um Sie nachhaltig behandeln zu können, benötigen wir vorab wichtige Informationen zur Ihrem Gesundheitszustand. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich Ihrer Behandlung. Für alle weiteren Fragen stehen wir Ihnen jederzeit zur Verfügung. Vielen Dank!

Persönliche Angaben

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____

Handy: _____

E-Mail: _____

Geschlecht: männlich weiblich

Straße/Haus-Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Hausarzt: _____

Krankenkasse: _____

Zusatzversicherung: _____ (Name & Tarif)

Bonusheft: nein ja ..., seit 5 Jahren 10 Jahren

Sind Sie beihilfeberechtigt? nein ja

Berufstätigkeit/Arbeitgeber: _____

Ich bin über meinen Ehegatten / meine Ehegattin / meine Eltern versichert ...

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Empfehlung: nein ja ..., von _____

Internet: Google Jameda Facebook Instagram

Zeitschriften: Kredo CREVELT Moveo Top Magazin

Zeitungen: ExtraTipp Welt Rheinische Post Westdeutsche Zeitung

Plakatwerbung Flyer Sonstiges _____

Haben Sie gesundheitliche Beschwerden?

Allergien:	nein	ja ...	Penicillin	Latex	Allergiepass
Herzerkrankung:	nein	ja ...	Infarkt	Entzündung	Schlaganfall
			angeborener Herzfehler		
Bluthochdruck:	nein	ja			
Gerinnungsschwäche:	nein	ja			
Kreislaufschwäche:	nein	ja			
Herzrhythmusstörungen:	nein	ja			
Infektiöse Erkrankung:	nein	ja ...	HIV-positiv	Hepatitis B	Hepatitis C
Diabetes:	nein	ja ...	Diabetes Typ 1	Diabetes Typ 2	
Organtransplantation:	nein	ja ...	welche _____		
Bestrahlung:	nein	ja			
Chemotherapie:	nein	ja			
Knochenschwund (Osteoporose):	nein	ja ...	Medikament _____		
Epilepsie:	nein	ja			
KH-Aufenthalt letzte 12 Monate:	nein	ja ...	Grund _____	Datum _____	
Medikamenteneinnahme:	nein	ja ...	_____ Medikamentenliste		
Medikamentenunverträglichkeit:	nein	ja ...	Medikament _____		
Raucher:	nein	ja ...	Zigaretten pro Tag _____		
Schwangerschaft:	nein	ja ...	im ___ Monat		
Schilddrüsenfunktionsstörung:	nein	ja ...	Über-	Unterfunktion	
Leberfunktionsstörung:	nein	ja			
Nierenfunktionsstörung:	nein	ja			
Magen-Darm-Erkrankung:	nein	ja			
Erkrankung der Atemwege:	nein	ja ...	Asthma		
Rheuma/rheumat. Fieber:	nein	ja			
Körperliche/geistige Behinderung:	nein	ja			

Leiden Sie unter...?

Zahnschmerzen:	nein	ja
Schnarchen:	nein	ja
Mundgeruch:	nein	ja
Zahnfleischbluten:	nein	ja
Zahnfleischrückgang:	nein	ja
Problemen beim Kauen:	nein	ja
Problemen beim Schlucken:	nein	ja
Problemen beim Sprechen:	nein	ja
Problemen bei weiter Mundöffnung:	nein	ja
Kiefergelenksgeräuschen:	nein	ja
Kiefergelenksschmerzen:	nein	ja

Kopfschmerzen:	nein	ja
Verspannungen im Kopf & Nackenbereich:	nein	ja
Schmerzen in der Kaumuskulatur:	nein	ja
Ohrgeräusche:	nein	ja
Daumenlutschen:	nein	ja
Schnullern:	nein	ja
Lippenbeißen:	nein	ja
Nägelkauen:	nein	ja
Generelle Probleme der Körperhaltung:	nein	ja
Zahnarztangst:	nein	ja

Tragen Sie/haben Sie getragen?

Zahnprothese/Teilprothese:	nein	ja	
Kronen/Brücken:	nein	ja, Jahr der Versorgung: _____	
Implantatversorgung:	nein	ja, Jahr der Versorgung: _____	Implantatpass
Lose Spange:	nein	ja, seit _____, bis _____	
Feste Spange:	nein	ja, seit _____, bis _____	
Schienen:	nein	ja, seit _____, bis _____	

Wünschen Sie eine Beratung zu eines der folgenden Themen?

Mundgesundheit:	nein	ja
Mundschönheit:	nein	ja
Veränderung meiner Zahnform:	nein	ja
Veränderung meiner Zahnstellung:	nein	ja
Aufhellung meiner Zähne:	nein	ja
Festsitzender Zahnersatz:	nein	ja
Behandlung unter Vollnarkose:	nein	ja

Haben Sie weitere Wünsche oder Anliegen?

Ich habe den Anamnesebogen aufmerksam gelesen und alle Fragen nach bestem Wissen beantwortet.

Krefeld, den _____
Datum

Unterschrift Patient

Unterschrift Behandler

Bitte bringen Sie zu Ihrem ersten Termin, wenn vorhanden, Ihre Röntgenbilder mit!

Gesprächsnotiz

Hauptanliegen:

Nebenanliegen:

Allg. Anamnese:

Spezielle Anamnese:

Patientengeschichte:

Sonstiges:
