

## Anamnesebogen

Patientenname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_  
 Name Mitglied: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_  
 Anschrift: \_\_\_\_\_  
 Telefon-privat: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_ e-Mail: \_\_\_\_\_  
 Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber : \_\_\_\_\_  
 Dienstanschrift: \_\_\_\_\_ Dienststel.: \_\_\_\_\_

Leiden Sie an	ja / nein
Herz-, Kreislauf- oder Gefäßerkrankungen, Niereninsuffizienz (Dialyse)?	_____
Haben Sie einen Herzpass, eine künstliche Herzklappe, einen Herzschrittmacher?	_____
Infektionskrankheiten wie z. B. Hepatitis, TBC, HIV etc.	_____
Wurde bei ihnen ein AIDS-Test durchgeführt? _____ Wenn ja, mit welchem Ergebnis?	_____
Diabetes, Asthma, Schilddrüsen- oder Bluterkrankungen?	_____
Haben Sie einen Tumor, eine Transplantation oder Osteoporose?	_____
Haben Sie in den letzten Jahren Biphosphonate als Medikament erhalten?	_____
Allergien oder Arzneiüberempfindlichkeiten (z.B. Penicillin)?	_____
Nehmen sie regelmäßig Medikamente oder Drogen ein?	_____
Wenn ja, welche? _____	_____
Besteht eine Schwangerschaft?	_____
Wann wurde im Kieferbereich das letzte Röntgenbild gemacht?	_____
Über welche zahnmedizinischen Aspekte möchten sie gern nähere Informationen haben?	_____

Was macht ihrer Meinung nach einen Zahnarztbesuch besonders unangenehm?  
 \_\_\_\_\_

Wie können wir ihnen ihre Vorbehalte beseitigen, wie können wir ihnen helfen?  
 \_\_\_\_\_

Legen Sie Wert auf unseren Erinnerungsservice?  Ja  per e-Mail  telefonisch  schriftlich

Haben sie einen Hausarzt? (Name, Adresse, Tel.) \_\_\_\_\_

Auf wessen Empfehlung kommen sie in unsere Praxis? \_\_\_\_\_

Sollten sich ihre Angaben verändern, bitten wir sie, dies uns mitzuteilen. Vielen Dank!

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