

# Anamnesebogen



**Zahnarzt**  
**Chr. Zetzsch**  
Moderne Zahnmedizin  
und Implantologie

Liebe Patientin, lieber Patient,

Bevor wir uns über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Behandlungsunterlagen angefügt.

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

## Persönliche Angaben

Name: ..... Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

PLZ, Ort: ..... Strasse, Nr: .....

Telefon privat: ..... Telefon dienstlich: .....

Emailadresse: .....

Beruf: ..... Arbeitgeber: .....

Krankenkasse: ..... Zusatzversich.: .....

## Bei Familienversicherung abweichende Angaben des Versicherten

Name, Vorname: ..... Geburtsdatum: .....

## Betreuer (falls vorhanden)

Name, Vorname: ..... Telefon: .....

## Versichertenverhältnis

Gesetzlich  Privat  Beihilfeberechtigt  Basistarif

## Wer ist Ihr Hausarzt?

Name: ..... Telefon: .....

## Warum suchen Sie uns auf?

Vorsorgeuntersuchung  Professionelle Zahncleingung  neuer Zahnersatz  
 Beratung  Bleaching (Zahnaufhellung)  Implantate  
 Schmerzbehandlung  andere Gründe .....

## Röntgen

Wurden Sie in den letzten 12 Monaten im Kopf-, Kiefer- oder Zahnbereich geröntgt?

Ja  Nein Wenn ja, von wem .....



## Bestehen oder bestanden folgende Erkrankungen?

Herz-/ Kreislauferkrankungen		Infektionskrankheiten	
Herzschwäche	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Hepatitis A, B oder C	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Angina Pectoris / Asthma	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Tuberkulose	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Herzschriftmacher	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Immunschwäche (HIV / AIDS)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Herzfehler	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	<b>Stoffwechselerkrankungen</b>	
Herzinfarkt	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Diabetes	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Hoher Blutdruck	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Wundheilungsstörungen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Weitere Erkrankungen		Erkrankungen des Nervensystems	
Magen-/ Darmerkrankungen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Epilepsie	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Nierenerkrankungen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ohnmachtsanfälle	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Atemwegserkrankungen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Depressionen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Tumorerkrankungen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	<b>Sonstiges</b>	
Bisphosphonat-Therapie	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Schwangerschaft	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Allergien		Wenn ja, welche Woche .....	
Allergien	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Rauchen Sie	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche .....		Alkoholkonsum	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Penicillin-Überempfindlichkeit	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Drogenkonsum	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

### Weitere, nicht aufgeführte Erkrankungen

Wenn ja, welche .....	
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente (z.B. Marcumar, Plavix, ASS) ein	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche .....	
Sind bei Ihnen Unverträglichkeiten gegen Medikamente / Spritzen aufgetreten	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche .....	

Um Ihnen unnötige Wartezeiten zu ersparen, wird unsere Praxis nach dem Bestellsystem geführt. Wir bitten Sie daher, vereinbarte Termine einzuhalten. Reservierte, aber nicht von Ihnen spätesten 24 Stunden vorher abgesagte Termine müssen wir Ihnen leider in Rechnung stellen.

Wir bieten Ihnen einen kostenlosen Erinnerungsservice an. Wenn Sie eine Erinnerung wünschen, kreuzen Sie bitte das entsprechende Feld a.

per Email

per SMS

Telefonisch

..... **Ort** ..... **Datum** ..... **Unterschrift** .....