

# ANAMNESEBOGEN

## Herzlich willkommen in unserer Zahnarztpraxis GEORG SCHWEIGER

Vor einer zahnmedizinischen Behandlung benötigen wir einige Angaben von Ihnen.

Neben den Angaben zu Ihrer Person benötigen wir auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand um eine eventuell adäquate und risikoarme Behandlung durchführen zu können.

### **Patientendaten:**

Name des Patienten: \_\_\_\_\_

Geb. am: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Zusatzversicherung: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_

Telefon Büro: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

### **Versichertendaten:** ( sofern diese von den Patientendaten abweichen )

Versicherungsnehmer: \_\_\_\_\_

Geb. am: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Weitere Angaben:

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Anschrift Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Ihr persönlicher Gesundheitscheck:

Herzerkrankung	ja ( )	nein ( )
Herzschrittmacher	ja ( )	nein ( )
Künstliche Herzklappen	ja ( )	nein ( )
Hoher Blutdruck	ja ( )	nein ( )
Niedriger Blutdruck	ja ( )	nein ( )
Ohnmachtsneigung	ja ( )	nein ( )
Marcumar/ Gerinnungshemmer	ja ( )	nein ( )
Blutungsneigung/ Bluterkrankung	ja ( )	nein ( )
Rheuma	ja ( )	nein ( )
Diabetes	ja ( )	nein ( )
Schilddrüsenerkrankung	ja ( )	nein ( )
Lebererkrankung (Hepatitis)	ja ( )	nein ( )
Magen- / Darmerkrankung	ja ( )	nein ( )
Nierenerkrankung	ja ( )	nein ( )
Lungenerkrankung/ Asthma	ja ( )	nein ( )
Nasen- / Nebenhöhlenerkrankung	ja ( )	nein ( )
Epilepsie	ja ( )	nein ( )
Haben Sie eine sonstige schwere Erkrankung?	ja ( )	nein ( )

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie Implantate?  
(z.B. Hüftgelenke) \_\_\_\_\_

Haben Sie eine Allergie oder  
Eine Arzneimittelunverträglichkeit? ja ( ) nein ( )

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Welche Medikamente nehmen  
Sie regelmäßig ein?**

---

---

**Wie heißt Ihr Hausarzt?**

---

**Sind Sie Raucher?**

ja ( )      nein ( )

**Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?**

ja ( )      nein ( )

**Wann war Ihre letzte  
Röntgenuntersuchung?**

---

**Möchten Sie für die notwendigen Vorsorgetermine benachrichtigt werden?**

Ja, gerne per E-Mail ( )      Ja, gerne per Post ( )      Nein, danke ( )

**Weiterer Schriftverkehr:**

Gerne per E-Mail ( )      Gerne per Post ( )

Bitte sagen Sie uns vor jeder Behandlung sofort Bescheid, wenn sich an Ihrem Gesundheitszustand etwas geändert hat, Sie zum Beispiel neue Medikamente einnehmen müssen oder eine Herzerkrankung, eine Allergie, Diabetes oder auch eine Schwangerschaft diagnostiziert wurde.

Über solche oder andere Veränderungen müssen wir bitte informiert werden, damit wir bei der Behandlung darauf Rücksicht nehmen können.

**Wir machen darauf aufmerksam, dass nach einer Lokalanästhesie die  
Fahrtüchtigkeit eingeschränkt ist.**

Wir behalten uns vor Termine, die nicht mindestens 24 Stunden vorher abgesagt wurden, mit einem Ausfallhonorar zu berechnen.

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