



## ANMELDEBOGEN MIT ANAMNESE

Liebe Patientin, lieber Patient,

bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht unserer Praxis.

### PERSÖNLICHE ANGABEN

Name, Vorname: ..... Geburtstag: .....

Anschrift: .....

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

Telefon mobil: ..... E-Mail: .....

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

Versicherung: ..... gesetzlich  privat

Zahnezusatzversicherung  Beihilfe  Basistarif

Wenn Sie nicht selbst krankenversichert sind: Wer ist der Versicherte?

Name, Vorname: ..... Geburtstag: .....

Anschrift: .....

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam? .....

Sollten Sie einen vereinbarten Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie, spätestens einen Tag zuvor abzusagen.



**ALLGEMEINE ANAMNESE**

**Herz-/ Kreislauferkrankungen:**

- Hoher Blutdruck  ja  nein
- Niedriger Blutdruck  ja  nein
- Herzklappenfehler  ja  nein
- Herzklappenersatz  ja  nein
- Herzschrittmacher  ja  nein
- Endokarditis  ja  nein
- Herzoperation  ja  nein

- Hochgradige Neutropenie**  ja  nein
- Mukoviszidose-Erkrankung**  ja  nein
- Organtransplantiert**  ja  nein
- Stammzellentransplantiert**  ja  nein

**Infektiöse Erkrankungen:**

- HIV-Infektion / Stadium AIDS  ja  nein
- Lebererkrankung / Hepatitis  ja  nein
- Tuberkulose  ja  nein
- Infektionskrankheiten (z.B. MRSA)  ja  nein
- Creutzfeldt-Jacob-Krankheit (CJK) / Neue Variante der Creutzfeldt-Jacob-Krankheit (vCJK)  ja  nein

**Besteht eine Schwangerschaft:**

Wenn ja, in welchem Monat? ..... Monat

**Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. momentan?** ..... seit .....  
..... seit ..... seit .....

- Nehmen Sie Bisphosphonate?**  ja  nein seit .....
- Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie?**  ja  nein seit .....
- Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung?**  ja  nein seit .....
- Nehmen Sie hoch dosierte Steroide / Immunsuppressiva?**  ja  nein seit .....
- Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt?**  ja  nein Datum .....

- Anfallsleiden (Epilepsie)**  ja  nein
- Asthma / Lungenerkrankungen**  ja  nein
- Blutgerinnungsstörungen**  ja  nein
- Diabetes / Zuckerkrankheit**  ja  nein
- Drogenabhängigkeit**  ja  nein
- Nervenerkrankung**  ja  nein
- Nierenerkrankungen**  ja  nein
- Ohnmachtsanfälle**  ja  nein
- Osteoporoseerkrankung**  ja  nein
- Raucher**  ja  nein
- Rheuma / Arthritis**  ja  nein
- Schilddrüsenerkrankung**  ja  nein
- Sonstige Erkrankungen:**  ja  nein

**Allergien bzw. Unverträglichkeiten:**

- Lokalanästhesie / Spritzen  ja  nein
- Antibiotika  ja  nein
- Schmerzmittel  ja  nein
- Metalle: .....

**Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgen-  
aufnahmen gemacht worden?**  ja  nein  
Wenn ja, wann und wo? .....

**ZAHNÄRZTLICHE ANAMNESE**

**Was dürfen wir für Sie tun? Sie wünschen...**

- eine gründliche Untersuchung  eine Beratung zu folgendem Thema .....
- neuen Zahnersatz  eine Verbesserung Ihrer Zahnfleischsituation
- Schmerzfreiheit  die Entfernung Ihrer Weisheitszähne o. anderer Zähne
- die Entfernung Ihrer Amalgamfüllungen  sonstiges .....

- Tragen Sie eine Knirscherschiene?  ja  nein
- Hatten Sie einen Unfall mit schweren Kopfverletzungen?  ja  nein
- Schnarchen Sie oder leiden Sie an Schlafapnoe?  ja  nein
- Haben Sie Angst vor der zahnärztlichen Behandlung?  ja  nein
- Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?  ja  nein
- Sind Sie mit dem Zustand Ihrer Zähne zufrieden?  ja  nein

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift