

# ANAMNESEBOGEN



## PATIENTENDATEN

Patient/-in: \_\_\_\_\_  
Vorname Titel, Name Geburtsdatum

## ANSCHRIFT

Straße, Nr. \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
Tel. privat \_\_\_\_\_ mobil \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_ berufl. \_\_\_\_\_  
Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Wenn Sie als Patient/-in nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist versichertes Mitglied?

Versicherte/r: \_\_\_\_\_  
Vorname Titel, Name Geburtsdatum

Versicherung:  gesetzliche Versicherung  Zahnzusatzversicherung  Kostenerstattung  
 privat versichert  beihilfeberechtigt  Basistarif

Versichert bei: \_\_\_\_\_

## WORÜBER MÖCHTEN SIE GERNE MEHR WISSEN?

- „Wie kann ich meine Zähne möglichst ein Leben lang erhalten?“
- „Beim Zähneputzen blutet es manchmal: Was kann man dagegen tun?“
- „Mir ist ein Stück vom Zahn abgebrochen: Welche Möglichkeiten der Zahnreparatur bieten Sie?“
- „Ich bin mit dem Erscheinungsbild meiner Zähne unzufrieden: Welche Möglichkeiten gibt es, dieses zu verbessern?“
- „Ich habe Beschwerden mit dem Kiefergelenk (Knacken, Knirschen, Spannungskopfschmerz): Was können Sie für mich tun?“
- „Ich habe eine herausnehmbare Zahnprothese: Kann ich festsitzenden Zahnersatz bekommen?“
- „Ich gehe nicht gerne zum Zahnarzt: Können Sie mir die Angst nehmen?“

## TEILNAHME AM RECALL UND ERINNERUNGSSERVICE

Zum Erhalt meiner Zahngesundheit und der Gewährleistungsansprüche möchte ich künftig über meinen nächsten Kontroll- bzw. Vorsorgetermin informiert werden. Die Teilnahme am Erinnerungsservice ist unverbindlich und ich kann sie jederzeit widerrufen.

Bitte benachrichtigen Sie mich per:  E-Mail  Anruf (Bitte ankreuzen, Mehrfachnennung möglich).

Neuss, den \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Bitte beachten Sie die folgende Seite →



# GESUNDHEITSFragen

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?  Nein  Ja

Wenn Ja, geben Sie bitte den Namen des Arztes an

---

Werden Sie von einem Hausarzt betreut?  Nein  Ja

Wenn Ja, geben Sie bitte den Namen an

---

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  Nein  Ja

Wenn Ja, welche:

---

Besteht bei Ihnen Verdacht auf Allergie / Überempfindlichkeit / Unverträglichkeit?  Nein  Ja

Wenn Ja, gegen welche Materialien / Medikamente?

---

Besitzen Sie einen Allergiepass?  Nein  Ja

## Herz-Kreislauferkrankungen:

Herzschwäche (Insuffizienz)

Herzschrittmacher

Herzinfarkt, wann?

---

Herzrhythmusstörungen

Herzklappenersatz

Herzasthma, Angina Pectoris

zu hoher Blutdruck

zu niedriger Blutdruck

Schlaganfall

Gerinnungsstörung

Nehmen Sie ein Medikament zur Blutverdünnung?

Nein  Ja

## Vegetative Erkrankungen:

Schwindel, Ohnmachtsanfälle?  Nein  Ja

Chronische Erkrankungen der Atemwege (Asthma)?  Nein  Ja

## Stoffwechselerkrankungen:

Zuckerkrankheit (Diabetes)?  Nein  Ja

Magen-Darm-Erkrankungen?  Nein  Ja

Schilddrüsenerkrankungen, Niereninsuffizienz?  Nein  Ja

## Erkrankungen des Nervensystems: Epileptiforme Anfälle, Krämpfe, Multiple Sklerose? Nein Ja

## Augenerkrankungen:

Glaukom (Grüner Star)?  Nein  Ja

## Infektionskrankheiten:

Chronische Erkrankungen der Atemwege

Tuberkulose

Leberentzündung / Gelbsucht (Hepatitis  A /  B /  C)

Aids (HIV)

## Knochenerkrankungen:

Osteoporose

Bekommen oder bekamen Sie jemals eine Bisphosphonattherapie?

Nein  Ja

## Sonstige Erkrankungen:

---

## Röntgen:

Wann wurden Sie zuletzt im Kopf-Kiefer-Bereich geröntgt?

---

## Schwangerschaft:

Wenn ja, im wievielten Monat?

---

Nein  Ja

## Rauchen:

Nein

gelegentlich

täglich, \_\_\_\_\_ Stück

## Abhängigkeiten:

Sind oder waren Sie  alkoholabhängig /  drogenabhängig?

Nein  Ja

Bitte beantworten Sie die Fragen in Ihrem eigenen Interesse wahrheitsgemäß.

Neuss, den \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigte/-r \_\_\_\_\_