



Anamnesebogen

Name:

Adresse:

Telefon:

Mobiltelefon:

E-Mail:

Beruf:

Geburtsdag:

Geburtsort:

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Praxisschild

Empfehlung

Webseite

Jameda

Doctolib

Andere: _____

Was ist Ihr Hauptanliegen?

Sind Sie zurzeit in Behandlung?

Zahnarzt **Nein** **Ja, weil** _____

Arzt **Nein** **Ja, weil** _____

Haben Sie zurzeit eine Infektionskrankheit?

Nein **Ja**

Wenn ja, bitte melden Sie sich beim Praxispersonal.

Haben Sie häufig Schmerzen oder Beschwerden in folgenden Bereichen?

Zähne **Zahnfleisch** **Nebenhöhlen** **Kopf** **Nacken** **Rücken**

Erlitten Sie schon mal einen Unfall oder Schlag im Kopf-, Hals-, Gesichts- oder Mundbereich?

Nein **Ja, wann? Unfallart:** _____

Wurden Sie im Zahn Mund Kieferbereich schon mal operiert?

Nein **Ja, wann? Operation:** _____

Traten jemals Komplikationen bei zahnärztlichen Behandlungen auf?

Nein **Ja, z. B. Ohnmacht, Atemnot, starke Blutung**

Rauchen Sie zur Zeit oder haben früher geraucht?

Nein **Ja, wie viele pro Tag?** _____ **Nichtraucher seit:** _____

Haben oder hatten Familienmitglieder (Eltern, Geschwister etc.) Probleme mit dem Zahnfleisch oder viel Karies?

Nein **Ja, meine** _____

Sind Sie mit der äußeren Erscheinung Ihrer Zähne zufrieden?

Nein **Ja**

Hatten Sie in der letzten Zeit Schmerzen im Brustbereich?

Nein **Ja**

- | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|
| Hatten Sie jemals einen Herzinfarkt? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Haben Sie einen Herzpass, einen Herzklappenfehler oder eine künstliche Herzklappe? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Haben Sie eine Herzschwäche oder Herzrhythmusstörungen? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Haben Sie hohen Blutdruck? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Haben Sie eine erhöhte Blutungsneigung? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Haben Sie nach einer blutigen Verletzung Probleme, die Blutung zum Stillstand zu bekommen? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Hatten Sie einen Schlaganfall? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Haben Sie Epilepsie (Anfallsleiden)? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Haben Sie Bronchial-Asthma oder eine Lungenerkrankung? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Haben Sie Schwierigkeiten, Luft zu holen oder anhaltenden Husten? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Sind Sie Schwanger | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Hatten Sie eine allergische Reaktion gegen Penicillin, Aspirin, Pflaster oder irgend etwas anderes? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Haben Sie Diabetes (Zuckerkrankheit)? Wenn Ja, ihr HbA1c-Wert: _____ | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Haben Sie ein Leberleiden, z.B. Hepatitis? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Haben Sie eine Nierenerkrankung? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Haben Sie Rheuma , Arthrose oder Gelenkerkrankungen? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Hatten Sie jemals Krebs,eine bösartige Erkrankung (Tumor) oder Leukämie? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Hatten Sie jemals eine Chemotherapie oder Bestrahlung? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Haben Sie ein Organtransplantat? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Haben Sie eine chronische Infektionskrankheit? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Sind in Ihrer Familie Erkrankungen bekannt? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Haben Sie Erkrankungen , die hier nicht erfragt wurden? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Benötigen Sie Antibiotika-Prophylaxe vor zahnärztlichen Eingriffen? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein? Wenn ja, welche?: _____ | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Haben Sie jemals Drogen eingenommen? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Sind Sie vollständig gegen Corona geimpft? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Hatten Sie eine Coronakrankheit oder haben noch Long Covid Symptome? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |

Liebe Patientin , Lieber Patient ,

nach jeder Behandlung, die unter lokaler Betäubung (Spritze) durchgeführt wird, ist eine Fahrtüchtigkeit eingeschränkt. Das Führen eines Kraftfahrzeuges oder die Bedienung von Maschinen sollte für die Zeit des Anhaltens der Betäubung vermieden werden.

Sie bestätigen mit Ihrer Unterschrift Ihre Angaben sowie, alles gelesen und verstanden zu haben.

Datum, Unterschrift

Liebe Patientin , Lieber Patient ,

entsprechend Ihrem Wunsch, modern, qualitativ hochwertig und prophylaxeorientiert behandelt zu werden, nehmen wir uns gerne Zeit für Sie, dies zu erfüllen und Ihrem Anspruch gerecht zu werden.

Deshalb haben wir das Bestellsystem durchorganisiert, um Ihnen Ihre Termine zu reservieren und freizuhalten.

Bitte bedenken Sie, dass bei unentschuldigtem Fernbleiben oder zu kurzfristigem Absagen (weniger als 24 Stunden vor Ihrem Termin) gemäß §615 Satz 1 BGB ein Ausfallhonorar je angefallene Stunde in Rechnung gestellt werden kann.

Datum, Unterschrift

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie, diesen Inhalt gelesen und verstanden zu haben.