



# Anamnesebogen für Erwachsene

Sehr geehrter Patient,

wir freuen uns sehr, dass Sie sich für eine Behandlung in unserer Praxis entschieden haben. Es ist uns ein besonderes Anliegen, Ihre Therapie zielgerichtet an all Ihre Bedürfnisse optimal anpassen zu können. Daher bitten wir Sie, uns vor einem ersten Gespräch die folgenden Fragen zu beantworten.

## 01. Persönliches

Name, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
Straße	PLZ, Ort	Krankenkasse
Telefon Festnetz	Telefon Arbeit	Telefon Mobil
Versicherter (falls andere Person), inkl. Geburtsdatum	Behandelnder Allgemeinarzt (inkl. Adresse & Ort)	
Ich bin:		
<input type="radio"/> Gesetzlich versichert	<input type="radio"/> Privat versichert	
<input type="radio"/> Zusatzversicherung	<input type="radio"/> Basistarif Beihilfeberechtigt	

## 02. Allgemeinerkrankungen

Nicht selten haben auch Allgemeinerkrankungen Auswirkungen auf die Gesundheit Ihrer Zähne. Haben und hatten Sie bereits folgende Erkrankungen?

<input type="radio"/> Anfallsleiden / Epilepsie	<input type="radio"/> Magengeschwür
<input type="radio"/> Asthma / Atemnot	<input type="radio"/> Krebs / Tumor
<input type="radio"/> Herz- / Kreislauferkrankungen	<input type="radio"/> Osteoporose (Bisphosphonate)
<input type="radio"/> Hoher / niedriger Blutdruck	<input type="radio"/> Bluterkrankung
<input type="radio"/> Herzinfarkt	<input type="radio"/> AIDS / HI Virus Infektion
<input type="radio"/> Blutgerinnungsstörung	<input type="radio"/> Leberkrankheit (Hepatitis A B C)
<input type="radio"/> Zuckerkrankheit / Diabetes I, II	<input type="radio"/> Rheuma
<input type="radio"/> Grüner Star (Glaukom)	Sind Sie schwanger? <input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein
Sind Sie Raucher/in <input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein	Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
Wieviele Zigaretten/Tag? _____	_____



### 03. Allgemeine Fragen

- Würden Sie sich als nervös oder stressanfällig bezeichnen?  ja /  nein
- Haben Sie Angst vor Zahnbehandlungen?  ja /  nein
- Haben Sie regelmäßige Kopf- oder Nackenschmerzen?  ja /  nein
- Hören Sie im Kiefergelenk öfter ein Knacken oder Reiben?  ja /  nein
- Schnarchen Sie?  ja /  nein
- Blutet Ihr Zahnfleisch regelmäßig (z.B. beim Putzen der Zähne)?  ja /  nein
- Tritt bei Ihnen des Öfteren schlechter Atem auf?  ja /  nein
- Wie bewerten Sie Ihr aktuelles Lächeln? (1= sehr gut / 5= schlecht)  1 /  2 /  3 /  4 /  5
- Sind Sie mit Ihrer aktuellen Zahnfarbe zufrieden?  ja /  nein

### 04. Sonstige Fragen

Welches Anliegen führt Sie aktuell in unsere Praxis?

---

---

---

Wie haben Sie von uns erfahren?

- Überweisung
- persönliche Empfehlung (dürfen wir uns bei jemandem persönlich bedanken?)
- Internet
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

Gerne erinnern wir Sie an künftige Termine. Wie erreichen wir Sie am einfachsten:

- telefonisch: \_\_\_\_\_
- per SMS: \_\_\_\_\_
- via E-Mail: \_\_\_\_\_
- Ich möchte nicht an künftige Termine erinnert werden.

Vielen Dank!

#### WICHTIGE INFORMATIONEN

- > Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner Daten stimme ich zu.
- > Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.
- > Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.
- > Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Erlangen, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ihre Unterschrift