

# Anamnesebogen



**Zahnarzt  
Chr. Zetzsch**  
Moderne Zahnmedizin  
und Implantologie

Liebe Patientin, lieber Patient,  
Bevor wir uns über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Behandlungsunterlagen angefügt.

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

## Persönliche Angaben

Name: ..... Vorname: .....  
Geburtsdatum: .....  
PLZ, Ort: ..... Straße, Hausnr.: .....  
Telefon privat: ..... Telefon dienstlich: .....  
Emailadresse: .....  
Beruf: ..... Arbeitgeber: .....  
Krankenkasse: ..... Zusatzversich.: .....

## Bei Familienversicherung abweichende Angaben des Versicherten

Name, Vorname: ..... Geburtsdatum: .....

## Betreuer (falls vorhanden)

Name, Vorname: ..... Telefon: .....

## Versichertenverhältnis

Gesetzlich       Privat       Beihilfeberechtigt       Basistarif

**Pflegestufe (falls vorhanden)**      1       2       3       4       5

## Wer ist Ihr Hausarzt?

Name: ..... Telefon: .....

## Warum suchen Sie uns auf?

Vorsorgeuntersuchung       Professionelle Zahnreinigung       neuer Zahnersatz  
 Beratung       Bleaching (Zahnaufhellung)       Implantate  
 Schmerzbehandlung       andere Gründe .....

## Röntgen

Wurden Sie in den letzte 12 Monaten im Kopf-, Kiefer- oder Zahnbereich geröntgt?

Ja     Nein    Wenn ja, von wem .....



## Bestehen oder bestanden folgende Erkrankungen?

### Herz-/ Kreislauferkrankungen

- Herzschwäche Ja  Nein
- Angina Pectoris / Asthma Ja  Nein
- Herzschrittmacher Ja  Nein
- Herzfehler Ja  Nein
- Herzinfarkt Ja  Nein
- Hoher Blutdruck Ja  Nein
- Niedriger Blutdruck Ja  Nein

### Weitere Erkrankungen

- Magen-/ Darmerkrankungen Ja  Nein
- Nierenerkrankungen Ja  Nein
- Atemwegserkrankungen Ja  Nein
- Tumorerkrankungen Ja  Nein
- Bisphosphonat-Therapie Ja  Nein

### Allergien

- Allergien Ja  Nein
- Wenn ja, welche .....
- Penicillin-Überempfindlichkeit Ja  Nein

### Erkrankung der Schilddrüse

- Schilddrüsenüberfunktion Ja  Nein

### Weitere, nicht aufgeführte Erkrankungen

Wenn ja, welche .....

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente (z.B. Marcumar, Plavix, ASS) ein Ja  Nein

Wenn ja, welche .....

Sind bei Ihnen Unverträglichkeiten gegen Medikamente / Spritzen aufgetreten Ja  Nein

Wenn ja, welche .....

Um Ihnen unnötige Wartezeiten zu ersparen, wird unsere Praxis nach dem Bestellsystem geführt. Wir bitten Sie daher, vereinbarte Termine einzuhalten. Reservierte, aber nicht von Ihnen spätesten 24 Stunden vorher abgesagte Termine müssen wir Ihnen leider in Rechnung stellen.

Wir bieten Ihnen einen kostenlosen Erinnerungsservice an. Wenn Sie eine Erinnerung wünschen, kreuzen Sie bitte das entsprechende Feld an.

per Email  per SMS  Telefonisch

.....  
Ort

.....  
Datum

.....  
Unterschrift