

# Anamnesebogen

## ZAHNARZT

Alexander Königer  
Hailerstraße 9  
83024 Rosenheim



**Sehr geehrte Patientin,  
sehr geehrter Patient,**

viele Krankheiten können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Um den Behandler bei der Diagnose zu unterstützen, bitten wir Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig auszufüllen. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, Ihren Gesundheitszustand bei der Behandlung zu berücksichtigen. Sollten sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gern.

### Patient:

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_ Handynummer \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

### Versicherter/Gesetzlicher Vertreter (falls vorhanden):

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

**Versicherung:** gesetzlich  privat  \_\_\_\_\_  
Versicherung

**Beihilfe:** ja  nein

**Zusatzversicherung:** ja  nein

**Bitte ankreuzen** **Ja** **Nein**

Leiden Sie an Zahnfleischbluten?

Haben Sie zu hohen oder zu niedrigen Blutdruck?

Zuckerkrankheit (Diabetis)

Erkrankung des Blutes (Nachbluten; Gerinnungsstörung)

Allergien \_\_\_\_\_

Haben Sie einen Allergiepass?

Schilddrüsenerkrankung

	<b>Ja</b>	<b>nein</b>
Asthma /Lungenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nervenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lebererkrankung /Gelbsucht /Hepatitis A,B,C,wann? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rheuma /Rheumatisches Fieber	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nierenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Magen-Darmerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Immunschwäche (HIV)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzklappenfehler /Herzklappenprothesen/Herzschrittmacher?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzoperationen? Wenn ja wann? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>falls ja, welche:</i> _____		
welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?		
_____		
Bestehen z. ZT. Sonstige Erkrankungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>wenn ja, welche?</i> _____		
Rauchen Sie? Wenn ja wieviel? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wann wurden Sie zum letzten Mal im Kopfbereich geröntgt?		
<i>Datum (ungefähr)</i> _____		
<b>Für Patientinnen:</b> Sind Sie schwanger?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dürfen wir Sie an Vorsorgetermine zu erinnern?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Wenn ja:</i> <i>per Telefon</i> <input type="radio"/> <i>E-Mail</i> <input type="radio"/> <i>Post</i> <input type="radio"/>		

---

Datum

Unterschrift