



Anamnesebogen

Patient	_____	_____	_____
	Name	Vorname	Geb. Dat.
Mitglied Versicherter	_____	_____	_____
	Name	Vorname	Geb. Dat.
Anschrift	_____	_____	_____
	Straße	Nr.	Telefon
	_____	_____	_____
	PLZ	Ort	Mobil-Nr.
Mailadresse	_____		
Beruf	_____	_____	
	Beruf	Arbeitgeber	
Krankenversicherung	_____		_____
	Krankenkasse		Zusatzversicherung

Besteht bei ihnen eine der folgenden Erkrankungen?	ja	nein	ggf. ergänzende Angaben
1. Erkrankungen des Herzens oder des Kreislaufs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. Infektionskrankheiten (z. B. Hepatitis, AIDS, HIV, Tuberkulose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. Innere Krankheiten (z. B. Diabetes, Blutgerinnungsstörungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. Allergien (auch gegen Arzneimittel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5. Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

6. Sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<hr/>			
7. Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8. Haben Sie Angst vor der Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
9. Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
10. Möchten Sie an Vorsorgetermine erinnert werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
11. Wurden in den letzten 6 Monaten Röntgenaufnahmen im Kieferbereich angefertigt? Wenn ja, wo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
12. Wurden Sie von Ihrem Zahnarzt in unsere Praxis überwiesen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
13. Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
14. Welches besondere Anliegen führt Sie in unsere Praxis?			_____
Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?			_____

Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen der gesetzl. Vertreter)