



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"/>	_____

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)