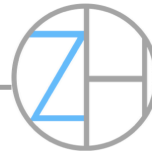


# ANAMNESEBOGEN



Praxis für  
**Zahnheilkunde**  
Dr. Dominik Hunold

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

## Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihren Aufenthalt bei uns so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir noch einige Informationen. Wir möchten Sie an dieser Stelle darauf hinweisen, dass eventuell vorliegende Allgemeinerkrankungen eine zahnärztliche Behandlung beeinflussen können. Daher bitten wir Sie, diesen Anamnesebogen gewissenhaft auszufüllen. Bei Unklarheiten helfen wir Ihnen gerne weiter. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der Schweigepflicht.

## Persönliches

Name/Vorname

Geburtsdatum

Straße / Nr.

PLZ / Ort

Telefon Festnetz

Telefon mobil

E-Mail

Ihr Hausarzt

**Terminreminderung:**    SMS    Email    Postkarte    Telefon

Welchen Grund hat Ihr Besuch bei uns?

- Routinekontrolle
- Prophylaxe
- Zahnersatz
- Beratung
- „zweite Meinung“
- Implantate
- Schmerzbehandlung
- andere Gründe

Was erwarten Sie von uns?

Worauf legen Sie besonderen Wert?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Haben Sie Fragen zu einem bestimmten Thema?

## Krankenkasse:

Gesetzlich versichert    Privat    Zusatz    Beihilfe

**Bitte wenden**

**Allgemeine Gesundheit** (bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. unterstreichen)

- Schilddrüsenerkrankung
- Diabetes
- Osteoporose
- Lungenerkrankung
- Epilepsie
- Depressionen
- Hoher/niedriger Blutdruck
- Herzinfarkt erlitten
- Herzschrittmacher
- Herzklappenersatz
- Schlaganfall erlitten
- Blutgerinnungsstörung
- Nierenfunktionsstörung
- Magen-Darm-Erkrankung
- Tumorerkrankung
- Infektionserkrankung (HIV, Hepatitis, Tuberkulose)
- Augenerkrankung (Glaukom, grauer oder grüner Star)
- Allergien: \_\_\_\_\_

**Medikamente**

Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein?

\_\_\_\_\_

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein? (z.B. ASS, Marcumar, Xarelto)

\_\_\_\_\_

Bestehen Unverträglichkeiten oder Allergien gegen bestimmte Medikamente?

\_\_\_\_\_

**Zahngesundheit**

- Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?  ja  nein
- Haben Sie Zahnfleischprobleme?  ja  nein
- Leiden Sie unter Mundgeruch/schlechtem Geschmack?  ja  nein
- Sind Sie mit Ihren Zähnen zufrieden?  ja  nein
- Für unsere Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft?  ja  nein

*Ich nehme zur Kenntnis, dass meine Fahrtüchtigkeit nach einer Betäubung beeinträchtigt sein kann.  
Ich bestätige die Richtigkeit meiner oben gemachten Angaben.  
Ihre Daten werden von uns auch elektronisch gespeichert und unterliegen den Bestimmungen des  
Datenschutzes und der Schweigepflicht.*

Datum

Unterschrift