



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
um die für Ihre Behandlung optimalen Medikamente  
und Behandlungsverfahren für Sie auswählen zu können,  
bitten wir Sie um die Beantwortung der Fragen zur allgemeinen  
und speziellen Vorgeschichte (Anamnese).  
Diese Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Praxis zertifiziert nach  
DIN ISO 9001:2015

Tätigkeitsschwerpunkte:  
Endodontie  
Funktionstherapie  
Implantologie  
Parodontologie

## A Allgemeine Angaben

Name	Vorname
Straße	Ort/PLZ
Geburtsdatum	Telefon/mobil
Beruf	Telefon geschäftlich
E-Mail	Hausarzt
Krankenkasse (gesetzlich)	
Besteht eine Zusatzversicherung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Covid-geimpft <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, bei welcher Versicherungsgesellschaft, zu welchem Tarif?	
Versicherung (Privat)	<input type="checkbox"/> Basistarif
Sind Sie beihilfeberechtigt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Besteht ein Beihilfeergänzungstarif? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

## B Fragen hinsichtlich der zahnärztlichen Behandlung

Empfohlen/überwiesen durch
Grund des Zahnarztbesuches
Wann waren Sie zuletzt in zahnärztlicher Behandlung?
Sind Sie schon einmal von einem anderen Zahnarzt geröntgt worden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, wann?

## C Terminerinnerung/Recall

Mit Ihrer Unterschrift auf diesem Anamnesebogen willigen Sie in die Aufnahme in unser kostenloses Recall-System ein.  
Sollten Sie dies nicht wünschen, können Sie die Einwilligung jederzeit widerrufen.

## D Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen ?

		Ja	Nein	Falls Sie mit Ja antworten, bitte ggf. ergänzende Angaben machen
1	Allergie (welche?) z. B. Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Diabetes (welcher Typ?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	Glaukom (erhöhter Augeninnendruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	Herz-Kreislauf-Erkrankungen/ Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	Infektionskrankheiten (welche?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	Immunmangel-Syndrom (AIDS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	Lebererkrankungen (Hepatitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12	Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13	Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14	Rheumaerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15	Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16	Lungenerkrankungen (Tuberkulose, Asthma, Atembeschwerden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17	Frühere Operationen (welche?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18	Besteht eine Schwangerschaft, wenn ja, in welchem Monat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19	Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20	Wenn ja, welche Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21	Haben Sie eine Überempfindlichkeit gegen bestimmte Medikamente (z. B. Penicillin)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22	Nehmen Sie Bisphosphonate ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23	Haben Sie Kopfschmerzen/Rückenschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24	Hatten Sie jemals nach Verabreichung einer Spritze Kreislaufprobleme, Krämpfe oder wurden Sie bewusstlos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25	Rauchen Sie, wenn ja wieviel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Achtung: Sie können nach Verabreichung einer örtlichen Betäubung nur bedingt verkehrstüchtig sein und sollten sich nicht ans Steuer setzen. Bitte informieren Sie ihren behandelnden Zahnarzt umgehend über Veränderungen Ihres Gesundheitszustandes!**

Datum

Unterschrift