

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Damit wir Sie Ihren Wünschen entsprechend sicher beraten und behandeln können, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

**Patient**

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
 Straße / Nr. \_\_\_\_\_ Postleitzahl / Ort \_\_\_\_\_  
 Telefon privat \_\_\_\_\_ geschäftlich \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_  
 Fax \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_  
 Beruf \_\_\_\_\_ Arbeitgeber \_\_\_\_\_

**Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?**

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
 Straße / Nr. \_\_\_\_\_ Postleitzahl / Ort \_\_\_\_\_  
 Telefon privat \_\_\_\_\_ geschäftlich \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_  
 Fax \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

**Krankenkasse Name \_\_\_\_\_**

Gesetzliche Krankenkasse     Private Krankenkasse     Zusatzversichert  
 vollversichert     Anspruch auf Beihilfe

**Welche der aufgeführten zahnmedizinisch relevanten Erscheinungen treffen auf Sie zu?**

überempfindliche Zähne     Zähneknirschen     Zahnschmerzen     Zahnfleischbluten  
 Kiefergelenk-Schmerzen oder -Knacken     Zahnverfärbungen     Mundgeruch     Zahnlockerungen  
 Sonstiges \_\_\_\_\_

**Wechselwirkungen von Medikamenten / akute Erkrankungen**

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein (z. B. auch gerinnungshemmende Medikamente, Aufputsch- oder Beruhigungsmittel)? \_\_\_\_\_  
 Nehmen Sie Biophosphate ein (z.B. bei Osteoporose, Tumorerkrankungen)?     nein     ja

**Allergien**

Sind bei Ihnen Allergien bekannt?     nein     ja    Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
 Gegen welche Medikamente oder Materialien besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit? \_\_\_\_\_

Besitzen Sie einen Allergiepass?     nein     ja    Haben Sie Asthma?     nein     ja

**Herz- und Kreislauferkrankungen**

Herz- und Kreislauferkrankungen  
 Herzschwäche (Insuffizienz)     nein     ja    Herzklappenersatz/Herzfehler     nein     ja  
 Unregelmäßiger Herzschlag     nein     ja    Hoher Blutdruck     nein     ja  
 Herzasthma, Angina Pectoris     nein     ja    Niedriger Blutdruck     nein     ja  
 Herzschrittmacher     nein     ja    Herzinfarkt     nein     ja  
 Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein?     nein     ja    Haben Sie einen Herzpass?     nein     ja

Sonstiges \_\_\_\_\_

**Leber- und Stoffwechselerkrankungen**

Lebererkrankung     nein     ja    Schilddrüsenerkrankung     nein     ja  
 Zuckerkrankheit (Diabetes)     nein     ja    Sonstiges \_\_\_\_\_

**Infektionskrankheiten**

Leberentzündung (Hepatitis A/ B/ ... )     nein     ja    Tuberkulose     nein     ja  
 Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten etc.?     nein     ja  
 Wurde bei Ihnen ein AIDstest durchgeführt?     nein     ja    Wenn ja, mit welchem Ergebnis? \_\_\_\_\_

bitte wenden >>>

ANAMNESEBOGEN Erwachsene

### Bluterkrankung

Blutungsneigung (Hämophilie)?  nein  ja  
Sonstiges? \_\_\_\_\_

Blutarmut (Anämie)  nein  ja

### Erkrankung des Nervensystems

Epileptische Anfälle  nein  ja  
Psychosomatische Erkrankungen  nein  ja  
Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel?  nein  ja

Krämpfe  nein  ja  
Ohnmachtsanfälle  nein  ja  
Sonstiges? \_\_\_\_\_

### Magen- / Darmerkrankungen

Erkrankter Magen- und Darmtrakt  nein  ja

### Nierenerkrankungen

Erkrankte Niere  nein  ja

### Tumorerkrankungen

z.B. Bisphosphonat-Therapie  nein  ja

### Schwangerschaft

Wenn ja, in welchem Monat? \_\_\_\_\_

### Drogen

Drogenabhängigkeit  nein  ja  
Nikotinabhängigkeit?  nein  ja

Alkoholabhängigkeit?  nein  ja

### Ess-Störungen

Bulimie (Ess-Brechsucht)  nein  ja  
Sonstige Ess-Störungen \_\_\_\_\_

### Röntgen

Wurden Sie innerhalb der letzten 12 Monate im Kopf-  
Kiefer-Zahnbereich geröntgt?  nein  ja

### Augenerkrankungen

Leiden Sie unter einem Glaukom / Grüner Star?  nein  ja

### Ärztliche Behandlung

Befinden Sie sich zurzeit in ärztlicher Behandlung?  nein  ja

Hausarzt / Facharzt \_\_\_\_\_

Straße / Nr. \_\_\_\_\_ Postleitzahl / Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

### Ihre Wünsche sind uns wichtig ...

Persönliche Erwartungen / individuelles Anliegen an Ihre bevorstehende Zahnbehandlung \_\_\_\_\_

Grund Ihres heutigen Besuches? \_\_\_\_\_

Worauf legen Sie besonderen Wert? \_\_\_\_\_

Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch besonders vermisst? \_\_\_\_\_

Haben Sie Angst vor einer Zahnbehandlung?  nein  ja

Möchten Sie von uns alle 6 Monate an Ihren Kontrolltermin erinnert werden?  ja  nein

Wenn ja, dann ...  telefonisch  per E-Mail

Möchten Sie unseren Newsletter per E-Mail zugeschickt bekommen?  ja  nein

### Sie sind an einer Beratung zu folgenden Themen interessiert:

- |                                                           |                                                 |                                                          |                                                     |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Professionelle Zahnreinigung     | <input type="checkbox"/> Zahnersatz             | <input type="checkbox"/> Implantologie                   | <input type="checkbox"/> Parodontitisbehandlung     |
| <input type="checkbox"/> individuelles Prophylaxeprogramm | <input type="checkbox"/> Zahnästhetik           | <input type="checkbox"/> Amalgamsanierung                | <input type="checkbox"/> Wurzelbehandlung           |
| <input type="checkbox"/> Zahnfehlstellungsregulierung     | <input type="checkbox"/> Kariesrisikobestimmung | <input type="checkbox"/> Mundhygieneartikel              | <input type="checkbox"/> Bleaching (Zahnaufhellung) |
| <input type="checkbox"/> Laserbehandlung                  | <input type="checkbox"/> Laser-Kariesdiagnostik | <input type="checkbox"/> minimal-invasive Zahnbehandlung |                                                     |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____                  |                                                 |                                                          |                                                     |

### Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Internet  auf Empfehlung von \_\_\_\_\_  andere Quelle \_\_\_\_\_

Kennen Sie unsere Praxis-Internetseiten unter [www.schoene-gesunde-zaehne.de](http://www.schoene-gesunde-zaehne.de)?  nein  ja

Wenn ja, haben Sie dort für Sie wichtige Informationen gefunden? \_\_\_\_\_

Welche Informationen suchen Sie auf der Website einer Zahnarztpraxis? \_\_\_\_\_

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit! Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben sofort mit!

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_