



### ANAMNESEBOGEN

Liebe Patienten,

Datum: \_ \_ \_ \_ \_

für eine reibungslose und risikoarme Behandlung bitten wir Sie, diesen Bogen gewissenhaft zu lesen und auszufüllen. Kreuzen Sie die zutreffenden Felder einfach an und machen Sie nähere Angaben, wenn nötig. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an unsere Mitarbeiter.

Vielen Dank

Name: \_ \_ \_ \_ \_

Geburtsdatum: \_ \_ \_ \_ \_

Adresse: \_ \_ \_ \_ \_

Telefon: \_ \_ \_ \_ \_

\_ \_ \_ \_ \_

Allgemeine Situation

ja nein

ja nein

Herz-Kreislaufkrankungen

Asthma/Atemnot

Herzschrittmacher

Diabetes/Zuckerkrankheit

Hoher Blutdruck

Blutgerinnungsstörungen

Niedriger Blutdruck

(verlängerte Blutung bei Wunden)

Medikamentenallergie (Penicillin)

Hepatitis/Gelbsucht/Leber-

Sonstige Allergien

erkrankungen

Wenn ja, welche? (Allergiepass?)

Tuberkulose

\_ \_ \_ \_ \_

HIV/AIDS

\_ \_ \_ \_ \_

Krampfanfälle (Epilepsie)

Schwangerschaft?

Rauchen Sie?

Sonstige Erkrankungen:

\_ \_ \_ \_ \_

\_ \_ \_ \_ \_

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

\_ \_ \_ \_ \_

\_ \_ \_ \_ \_

ggf. Adresse vom Hausarzt:

\_ \_ \_ \_ \_

\_ \_ \_ \_ \_

Zahn-Mund-Situation

Was ist Ursache Ihres Zahnarztbesuches? \_ \_ \_ \_ \_  
\_ \_ \_ \_ \_

	ja	nein		ja	nein
Zahnfleischrückgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zahnfleischbluten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundgeruch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kiefergelenksknacken/-reiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
herausnehmbarer Zahn- ersatz (seit ca. _ _ _ _)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kopf-/Nackenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Spritzen beim Zahnarzt gut vertragen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interesse an einer Beratung zur intensiven Vorsorge gegen Karies und Parodontitis?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interesse an Zahnaufhellung (Bleaching)?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besitzen Sie eine Zahnzusatzversicherung?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

Wie sind Sie auf die Praxis „dental total“ aufmerksam geworden?

- Inserat Berliner Wochenblatt
- Inserat Wegweiser aktuell
- Internet
- persönliche Empfehlung
- wenn ja, bei wem dürfen wir uns bedanken? \_ \_ \_ \_ \_
- Inserat Gelbe Seiten kompakt
- Kiezfest Waidmannslust
- Sonstiges: \_ \_ \_ \_ \_

Haben Sie besondere Wünsche an die Behandlung bei Ihrem Zahnarzt?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Fahrtauglichkeit nach einer örtlichen Betäubung (Lokalanästhesie) eingeschränkt ist.

Wir bitten Sie, uns Änderungen Ihres Gesundheitszustands beim nächsten Besuch sofort mitzuteilen!

Berlin, \_ \_ \_ \_ \_

Datum

Unterschrift

---

Abschließend noch eine Bitte: Wir sind eine Bestellpraxis. Um Ihnen die größte Aufmerksamkeit widmen zu können und Wartezeiten zu minimieren, stellen wir die Praxisorganisation je nach dem vereinbarten Termin ganz auf Sie ein. Sollten Sie die für Sie reservierte Behandlungszeit nicht in Anspruch nehmen können, dann teilen Sie uns das bitte rechtzeitig mit (möglichst bis 48 Stunden vorher)! Sie erweisen uns und Ihren Mitpatienten damit einen großen Gefallen!

Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis wohl fühlen und stehen Ihnen bei Fragen jederzeit mit Rat und Tat zur Seite!

Ihr Praxisteam