



.....
Name Vorname Geburtsdatum

.....
Straße PLZ + Ort

.....
Email Telefon privat Telefon mobil

.....
Krankenkasse

.....
Zusatzversicherung

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist der Hauptversicherte?

.....
Name Vorname Geburtsdatum

.....
Straße PLZ + Ort

Rechnungsempfänger (falls abweichend vom Patienten)

.....
Name Vorname Geburtsdatum

.....
Straße PLZ + Ort

.....
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? (freiwillige Angabe)

.....
Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch? (freiwillige Angabe)

.....
Wann hatten Sie Ihre letzte Zahnreinigung? (freiwillige Angabe)

.....
Bei welchen Ärzten sind Sie noch in Behandlung? (freiwillige Angabe)

Haben Sie eine Allergie?

Mir sind keine Allergien bekannt.

.....
Ich bin allergisch gegen

Anamnesebogen



Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein?

Nein

.....
Ich nehme folgende Medikamente ein

Haben Sie eine Infektionskrankheit? (Hepatitis, HIV, Tuberkulose etc.)

Nein

.....
Ich habe folgende Infektionskrankheit

Haben Sie eine Innere Erkrankung? (Diabetes, Glaukom etc.)

Nein

.....
Ich habe folgende Innere Erkrankung

Haben Sie eine Herz- Kreislauferkrankung? (Herzinsuffizienz, Blutdruckstörung etc.)

Nein

.....
Ich habe folgende Herz- Kreislauferkrankung

Leiden Sie unter einer Störung der Blutgerinnung?

Nein

Ja

Haben Sie Asthma?

Nein

Ja

Leiden Sie unter sonstigen Erkrankungen? (Epilepsie, Osteoporose etc.)

Nein

.....
Ich habe folgende Erkrankung

Rauchen Sie?

Nein

Ja, ca. Zigaretten pro Tag.

Sind Sie schwanger?

Nein

Es besteht die Möglichkeit, dass ich schwanger bin.

Ja, in der Woche

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben. Ebenso habe ich die Patienteninfo zum Datenschutz zur Kenntnis genommen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Anamnesebogen