



## Anamnesebogen

Patient Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Mitglied Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Anschrift PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Strasse/Nr. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

E-mail-Adresse \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_ Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Name der Krankenkasse/Privatkrankenkasse \_\_\_\_\_

### Allgemeine Situation

ja/nein

### Zahn-Mund-Situation

ja/nein

Medikamentenallergie (z.B. Penicillin)

ja  nein

Zahnfleischbluten

ja  nein

\_\_\_\_\_

Zahnfleischrückgang

ja  nein

Blutdruck niedrig  normal  hoch

Kiefergelenksgeräusche

ja  nein

Herzerkrankungen/Herzrhythmusstörungen

ja  nein

Schmerzen an Kopf oder Nacken

ja  nein

Tragen Sie einen Herzschrittmacher?

ja  nein

Sind Sie mit Ihrem „Lächeln“

Nehmen Sie Blutverdünner (ASS, Marcumar, Pradaxa)

ja  nein

zufrieden?

ja  nein

Infektionskrankheiten (Hepatitis, TBC, HIV)

ja  nein

Wann wurden Sie zuletzt geröntgt?

Diabetes

ja  nein

Vor \_\_\_\_\_ Monaten

Schilddrüsenerkrankung

ja  nein

Besteht eine Schwangerschaft?

Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein?

ja  nein

Ja \_\_\_\_\_ (Woche) Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?

ja  nein

Welches besondere Anliegen führt Sie in unsere Praxis?

Bei wem dürfen wir uns bedanken, dass Sie unsere Praxis aufsuchen?

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Fahrtauglichkeit nach einer lokalen Betäubung eingeschränkt ist und bitten Sie, uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes unverzüglich mitzuteilen.

*Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis wohlfühlen und stehen Ihnen bei Fragen gerne zur Verfügung!*

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzlicher Vertreter) \_\_\_\_\_