

## Anamnesebogen für Erwachsene



Bitte füllen Sie das Formular in Ihrem eigenen Interesse vollständig aus!  
Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt.

Name , Vorname (Patient): \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Name , Vorname (Versicherter): \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

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

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

Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

- Beihilfe
- zusatzversichert
- standardtarivversichert

### Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

#### **Herz- und Kreislauferkrankungen**

- |                                   |       |                             |                               |
|-----------------------------------|-------|-----------------------------|-------------------------------|
| Herzfehler?                       |       | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Herzklappenersatz (Endokarditis)? |       | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Liegt ein Herzpass vor?           |       | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Herzinfarkt?                      | Wann? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Herzschrittmacher?                |       | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| zu hoher Blutdruck?               |       | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| zu niedriger Blutdruck?           |       | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Blutgerinnungsstörungen?          |       | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Schlaganfall                      | Wann? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Thromboseneigung?                 |       | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

#### **weitere Erkrankungen**

- |                                                        |         |                             |                               |
|--------------------------------------------------------|---------|-----------------------------|-------------------------------|
| Allergien? / Allergiepass?                             | Welche? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Lungenerkrankung (z.B. Asthma, chronische Bronchitis)? |         | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Augenerkrankungen (grauer oder grüner Star (Glaukom))?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Stoffwechselstörung / Diabetes?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nierenerkrankung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lebererkrankung / Hepatitis? Welche?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
chronische Schmerzen (z.B. Migräne, Neuralgien)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Depressionen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schilddrüsenerkrankungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Rheuma / entzündliche Gelenkerkrankungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Organtransplantation?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Osteoporose?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie Bisphosphonate (Knochentropf) ein?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Tumorerkrankungen (Bestrahlung/Chemotherapie)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Epilepsie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Infektionskrankheiten (Hepatitis, Tuberkulose, Aids, CreutzfeldtJakob)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bestehen sonstige, hier nicht aufgeführte Erkrankungen? wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

#### medizinisch wichtige Informationen:

Sind Sie schwanger? Welcher Monat?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Trinken Sie täglich Alkohol?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie Drogen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Treten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wurden bei Ihnen Resistenzen auf bestimmte Keime festgestellt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

#### Medikamente:

Welche Medikamente nehmen Sie ein? Bitte geben Sie alle Medikamente und ihre Dosierung, sowie homöopathische und nahrungsergänzende Mittel an! (ggf. Zusatzblatt beifügen!)

---

---

---

---

Grund des heutigen Besuchs: \_\_\_\_\_

Welche Einstellung haben Sie zu einem Zahnarztbesuch?

- positiv       neutral       eher ängstlich       sehr ängstlich

Was erwarten Sie von Ihrer Behandlung? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

Haben Sie Kenntnis über die Lage unserer Patientenparkplätze?  ja  nein

Möchten Sie von uns an die halbjährlichen Kontrolle erinnert werden?  ja  nein

Wünschen Sie eine individuelle Beratung über:

- Zahnersatz
- Prophylaxe
- Füllungsalternativen
- Behandlung mit Lachgas
- \_\_\_\_\_

#### Erklärung:

Ich erkläre, alle Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben.

Ich verpflichte mich, die Praxis über alle während des Behandlungszeitraums auftretenden Änderungen zu informieren.

Ich bestätige, dass ich alle hier abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

#### EU-DSGVO Datenschutzeinwilligung

Ich willige der Erhebung, der elektronischen Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten unter Beachtung der einschlägigen Vorschriften der nationalen Datenschutzgesetze sowie der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) ein.

Die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind gemäß EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) in der Praxis an der Anmeldung einsehbar.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient / Patientin