

# ANAMNESEBOGEN

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

Versicherter  
Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb.Datum \_\_\_\_\_

Anschrift  
Straße \_\_\_\_\_ Hausnummer \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Stadt \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_ Krankenkasse \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Sind sie Beihilfeberechtigt?  Ja  Nein

Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung?  Ja  Nein

Haben Sie eine Pflegegrad/stufe?  Ja  Nein

Wenn ja, welche?  1  2  3  4  5

## Haben oder hatten Sie folgende Krankheiten:

### Allgemeine Situation

Allergien	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche?	_____	
Asthma	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hoher/niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Lange Blutungen bei Schnittwunden oder nach Operationen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Nervenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Anfalls leiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Infektionen:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
TBC/AIDS	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Akute Hepatitis	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Augenerkrankung (z.B. Star)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Gibt es Medikamente, die Sie nicht vertragen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche?	_____	

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit oder regelmäßig ein?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wann wurden Sie zuletzt zahnärztlich geröntgt ?

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

Bei Zahnarzt \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis wohlfühlen. Sollten Sie Fragen haben, stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. **Ihr Praxisteam**

### Zahnarztpraxis Paßlack

Rathausallee 12-14, 47239 Duisburg

Email: [praxis-passlack@t-online.de](mailto:praxis-passlack@t-online.de)

Tele: 02151 / 400 113

Web: [www.zahnarztpraxis-passlack.de](http://www.zahnarztpraxis-passlack.de)

Fax: 02151 / 400 411

### Zahn-Mund-Situation

Zahnfleisch bluten	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Geräusche im Kiefergelenk (z.B. beim Kauen oder Gähnen)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schmerzen am Kopf/Nacken	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Tragen Sie Zahnersatz	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Lehnen Sie eine Versorgung mit <u>Amalgam</u> grundsätzlich ab?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie an einer professionellen Zahn- reinigung interessiert? (keine Kassenleistung)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Welches besondere Anliegen führt Sie in unsere Praxis?

\_\_\_\_\_

Möchten Sie regelmäßig an die nächste  
Kontrolluntersuchung erinnert werden?

schriftlich  per E-Mail  Keine Erinnerung

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

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Internet  Gelbe Seiten  Zeitung  Empfehlung

Frauen:

Besteht eine Schwangerschaft ?

Ja \_\_\_\_\_ Woche  Nein  Ungewiss

Auf Grund des Mutterschutzes bitten wir um sofortige Mitteilung vor  
der Behandlung sobald eine Schwangerschaft bekannt ist.

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Fahrtauglichkeit nach  
einer lokalen Betäubung eingeschränkt ist. Sollten Sie nach einer  
Behandlung Änderungen Ihres Gesundheitszustandes feststellen,  
bitten wir unverzüglich um Mitteilung.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift (bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter)