



## Anamnesebogen Erwachsene

**Patient** Name \_\_\_\_\_ Geb. \_\_\_\_\_  
Straße/Ort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_ Krankenkasse \_\_\_\_\_

Beihilfeberechtigt  zusätzlich Versichert  freiwillig Versichert

### ALLGEMEINE SITUATION

Ja | nein

Medikamentenallergie (z.B. Penicillin)  |

\_\_\_\_\_

Blutdruck: hoch  mittel  niedrig

Herzerkrankung/Herzrhythmusstörungen  |

Tragen Sie einen Herzschrittmacher?  |

Nehmen Sie Blutverdünner? (Marcumar/ASS)  |

Infektionskrankheiten (Hepatitis, TBC, HIV)  |

Diabetes (Zuckerkrankheit)  |

Schilddrüsenerkrankung  |

Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein?  |

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

\_\_\_\_\_

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel/Tag? \_\_\_\_\_  |

Nehmen Sie Drogen? (Cannabis, Haschisch etc.)  |

Alkoholkonsum?  |

### ZAHN-MUND-SITUATION

Ja | nein

Zahnfleischbluten  |

Zahnfleischrückgang  |

Geräusche im Kiefergelenk (z.B. beim Kauen)  |

Schmerzen am Kopf oder Nacken?  |

Sind Sie mit der Stellung/Farbe/Form Ihrer Zähne, kurz: mit Ihrem „Lächeln“ zufrieden  |

Wann wurden Sie zuletzt zahnärztlich geröntgt? Vor \_\_\_\_\_ Monaten

Besteht eine Schwangerschaft?  
Ja \_\_\_\_\_ (Woche) Nein  Ungewiss

(Wir bitten um sofortige Mitteilung, wenn während des Behandlungszeitraums eine Schwangerschaft eintritt!)

Haben Sie Interesse an einer Prophylaxe?  |

Dürfen wir Ihnen den Service anbieten, Sie Halbjährlich an die Vorsorge zu erinnern?  |

Welche besonderen 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. Wir bitten Sie, uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes unverzüglich mitzuteilen.

Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis wohl fühlen und stehen Ihnen bei Fragen gerne zur Verfügung.

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift

