

# Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Damit wir Ihre Behandlung Ihren persönlichen Bedürfnissen anpassen können, bitten wir Sie um die Beantwortung dieses Anamnesebogens.

Name, Vorname		
Anschrift		
Geburtsdatum		
Kontaktdaten	Telefon:	Handy:
	E-Mail:	
Versicherung	<input type="checkbox"/> gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> privat versichert
	<input type="checkbox"/> Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/> Beihilfe
gesetzlicher Vertreter / Erziehungsberechtigte(r)	Name, Vorname:	
	Anschrift:	
	Geburtsdatum:	

## Erkrankungen:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck         | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher                            | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt/Herzoperation |
| <input type="checkbox"/> Endokarditisrisiko    | <input type="checkbox"/> Hepatitis A/B/C                              | <input type="checkbox"/> AIDS/HIV                  |
| <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung | <input type="checkbox"/> Diabetes letzter HbA1c- Wert _____ vom _____ |  |
| Bisphosphonate bei:                            | <input type="checkbox"/> Osteoporose                                  | <input type="checkbox"/> Tumorerkrankung           |

## Sonstige Erkrankungen (z.B. Suchterkrankungen?):

---

## Leiden Sie unter:

- Zahnfleischproblemen     Kiefergelenksproblemen     Zahnarztangst

## Existieren Allergien gegen Medikamente (z.B. Penicillin) oder andere Stoffe (Spritzen)?

---

## Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? z.B. Blutverdünner (Bitte in Druckbuchstaben)

---

## Wurden Ihre Zähne in den letzten 2 Jahren geröntgt? Wo wurden diese Aufnahmen angefertigt?

---

Sind Sie Raucher/in?     weniger als 10 Zigaretten     mehr als 10 Zigaretten

Besteht eine Schwangerschaft? Stillen Sie?     Ja     nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

*Sollten Sie an Ihrem Termin verhindert sein, informieren Sie uns bitte spätestens 48 h vorher, damit wir diese Zeit anderen Patienten zur Verfügung stellen können.*

Datum, Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters: \_\_\_\_\_