ANAMNESEBOGEN

HERZLICH WILLKOMMEN!

Liebe Patientin, lieber Patient,

für eine individuelle, auf Ihren Gesundheitszustand abgestimmte Behandlung und Beratung benötigen wir einige persönliche Angaben von Ihnen. Bitte füllen Sie Vorder- und Rückseite dieses Bogens vollständig aus. Sollten sich im Laufe der Zeit Änderungen zu Ihren Angaben ergeben, informieren Sie uns bitte. Vielen Dank!

 Ihr Name	Vorname		geb. am
			5
Name, Vorname der/des Vers	sicherten, falls abweichend		geb. am
PLZ/Wohnort	Straße, Hausnummer		Festnetz/ Mobil
Email	Beruf		Arbeitgeber
Name und Anschrift Ihres Ha	usarztes		
Zusatzv		Zusatzvers	icherung: 🔘 Ja
Name der Krankenkasse			O Nein
Sind Sie zur Zeit in ärztlicher	Behandlung? Bei welchem Arzt,	ggf. wegen w	velcher Krankheit?
ALLGEMEIN			
Welche Medikamente nehme	en Sie regelmäßig?		
Wann wurden Sie zuletzt ger	öntgt?		
Existieren Allergien gegen Me	edikamente/andere Stoffe?		
Besitzen Sie künstliche Gelen	ke (z.B. Hüftgelenk, Kniegelenk)	oder eine He	erzklappe?
Sind Sie Schwanger?	○ Nein	○ Ja, welch	er Monat?
Rauchen Sie?	○ Nein	○ Ja	
Trinken Sie Alkohol?	O Nein	$_{\bigcirc}$ selten	O regelmäßig
Nehmen Sie Drogen?	○ Nein	○ selten	○ regelmäßig



ERKRANKUNGEN Hoher Blutdruck O Ja O Nein O Ja O Nein Lungenerkrankung Niedriger Blutdruck O Ja Nein Schilddrüsenerkrankung O Ja Nein Herzerkrankung Rheuma \bigcirc Ja ○ Nein \bigcap Ja ○ Nein Herzschrittmacher Hepatitis $\, \bigcirc \, \mathrm{Ja} \,$ ○ Nein Diabetes \bigcirc Ja O Nein A, B oder C Blutgerinnungsstörungen ○ Nein \bigcirc Ja ○ Nein \bigcirc Ja HIV O Ja O Nein **Asthma** \bigcirc Ja O Nein andere Infektionskrankheit OJa **Epilepsie** ○ Nein \bigcirc Ja ○ Nein **ZAHN-MUND-SITUATION** Sind Sie zufrieden mit: O Nein O Ja Ihrer Zahnfarbe O Ja O Nein **Ihrer Zahnstellung** Haben Sie Beschwerden wie... O Ja O Nein Zahnschmerzen Zahnfleischbluten Geräusche O Ja O Nein im Kiefergelenk Kopf- oder \bigcirc Ja Nein O Nein Nackenschmerzen \bigcirc Ja O Nein Mundgeruch \cap Ja sonstige Beschwerden Wünschen Sie eine Behandlung unter Lachgassedierung? ○ Ja Nein **EINE LETZTE FRAGE...** Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

WICHTIGER HINWEIS

Ich bin hiermit darüber informiert und erkläre mich einverstanden dass nicht rechtzeitig abgesagte Termine (24h vorher) in Rechnung gestellt werden können.

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes. Sie werden streng vertraulich behandelt.

Ich erkläre mich hiermit einverstanden an meine Termine per SMS oder E-Mail erinnert zu werden. Ich kann diese Zustimmung jederzeit schriftlich widerrufen.

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