

**ANAMNESEBOGEN**  
**PRAXIS FÜR ZAHNHEILKUNDE & IMPLANTOLOGIE**  
**DR. MED. DENT. MALTE UHRIGSHARDT**

**Liebe Patientin, lieber Patient!**

Bevor wir uns über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch einige Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dieses ist wichtig für eine risikofreie Behandlung. Diese unterliegen selbstverständlich wie alle persönlichen Daten der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte füllen Sie deshalb den folgenden Anamnesebogen sorgfältig aus.

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Wohnort \_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_  
Beruf \_\_\_\_\_ Arbeitgeber \_\_\_\_\_  
Telefon privat \_\_\_\_\_ geschäftlich \_\_\_\_\_  
Krankenkasse \_\_\_\_\_ Geb. Datum \_\_\_\_\_  
Versichert bei (selbst, Ehegatte, Vater, Mutter) \_\_\_\_\_

Kommen Sie auf Empfehlung in unsere Praxis?  ja  nein

Falls ja, auf wessen Empfehlung? \_\_\_\_\_

**Damit wir Ihnen bei der Behandlung die bestmögliche medizinische Betreuung zukommen lassen können, ist es wichtig, dass sie auch alle folgenden Fragen gewissenhaft beantworten:**

Was ist die Ursache Ihres Zahnarztbesuchs? \_\_\_\_\_

Tragen Sie einen Herzschrittmacher / Neurostimulator o.ä.?  (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Leiden Sie unter Zahnfleischbluten?

Leiden Sie unter Mundgeruch?

Rauchen Sie? (wenn ja, ungefähre Anzahl)  Anzahl ca. \_\_\_\_\_

Konsumieren Sie regelmäßig Drogen? (wenn ja, welche?)  \_\_\_\_\_

Haben Sie häufig Kopf- oder Nackenschmerzen?

Schnarchen Sie?

Gibt es aktuelle Röntgenbilder von Ihrem Kopf-, Kiefer -, oder Zahnbereich?

Haben Sie manchmal einen Metallgeschmack?

Haben Sie Angst vor der zahnärztlichen Behandlung?

Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft?  In welcher Woche? \_\_\_\_\_

Haben Sie eine Allergie / Allergien?  Welche? \_\_\_\_\_

Hatten oder haben Sie eine der folgenden Krankheiten? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Heuschnupfen
- Asthma, Atemnot
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Gelbsucht, Hepatitis, Lebererkrankungen
- Zuckerkrankheit / Diabetes
- Rheuma
- Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, Tuberkulose)
- Bluthochdruck
- Blutgerinnungsstörungen
- Magen-Darm-Erkrankungen
- Osteoporose
- Bestehen andere Erkrankungen?  Welche? \_\_\_\_\_

---

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  Welche? \_\_\_\_\_

---

Teilen Sie uns bitte mit, wenn sich Ihr Gesundheitszustand ändert!  
Medikamente, auch Betäubungsspritzen, können Ihre Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen.

Wünschen Sie regelmäßig an Kontrolltermine erinnert zu werden?  ja  nein

Wünschen Sie regelmäßig an Prophylaxetermine erinnert zu werden?  ja  nein

Wünschen Sie von uns über neue und bessere medizinische Behandlungsmethoden informiert zu werden, auch wenn diese Leistungen von den Krankenkassen oder der Versicherung nicht oder nur teilweise übernommen werden?  ja  nein

Sollten wir einmal einen Termin nicht einhalten können, bemühen wir uns, Ihnen dies rechtzeitig mitzuteilen.

Auch Sie bitten wir, vereinbarte Termine, die von Ihnen nicht eingehalten werden können, rechtzeitig, d. h. mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Nicht abgesagte Termine ab einer Stunde Länge müssen wir leider in Rechnung stellen.

Vielen Dank für Ihre Mühe!

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_