

Anamnesebogen

Persönliche Daten

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Beruf: _____

Krankenversicherung

- ☐ Gesetzlich versichert
- ☐ Privat versichert
- ☐ Beihilfe / Zusatzversicherung

Versicherung / Krankenkasse: _____

Hausärztliche Betreuung

Name des Hausarztes / der Hausärztin: _____

Ort: _____

Allgemeiner Gesundheitszustand

**Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen sorgfältig. Mehrfachantworten sind möglich.
Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Erkrankungen?**

- ☐ Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z. B. Herzinfarkt, Herzschrittmacher)
- ☐ Bluthochdruck
- ☐ Diabetes
- ☐ Gerinnungsstörungen
- ☐ Schilddrüsenerkrankungen
- ☐ Rheuma / Autoimmunerkrankungen
- ☐ Asthma / Lungenerkrankungen
- ☐ Leber- oder Nierenerkrankungen
- ☐ Osteoporose
- ☐ Tumorerkrankungen
- ☐ Infektionskrankheiten (z. B. Hepatitis, HIV)
- ☐ Neurologische Erkrankungen (z. B. Epilepsie)
- ☐ Psychische Erkrankungen
- ☐ Sonstiges: _____

Medikamente & Therapien

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

Wenn ja, welche:

- ☐ Blutverdünner (z. B. ASS, Marcumar, Xarelto)
- ☐ Bisphosphonate / Osteoporose-Medikamente
- ☐ Kortison

Allergien & Unverträglichkeiten

- ☐ Keine bekannt
- ☐ Medikamente: _____
- ☐ Latex
- ☐ Metalle
- ☐ Lokalanästhetika
- ☐ Sonstige: _____

Zahnärztliche Anamnese

Wann waren Sie zuletzt beim Zahnarzt? _____

Bestehen derzeit Schmerzen? Nein / Ja

Blutet Ihr Zahnfleisch häufig? Nein / Ja

- ☐ Zahnlockerungen
- ☐ Mundgeruch
- ☐ Kiefergelenksbeschwerden / Knacken
- ☐ Zähneknirschen / Pressen

Besondere Hinweise

- ☐ Angst vor zahnärztlicher Behandlung
- ☐ Würgereiz
- ☐ Schwangerschaft (SSW): _____

Rauchen & Genussmittel

Rauchen:

- ☐ Nein
- ☐ Ja, _____ Zigaretten / Tag

Alkohol:

- ☐ Nein
- ☐ Gelegentlich
- ☐ Regelmäßig

Wichtige Hinweise

Bitte informieren Sie uns unverzüglich, falls sich Ihr Gesundheitszustand oder Ihre Medikation ändert. Diese Angaben sind wichtig für eine sichere und erfolgreiche Behandlung.