



## Anmeldebogen mit Anamnese

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tel. Privat: \_\_\_\_\_

Tel. Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber, Ort: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tel. Arbeitsplatz: \_\_\_\_\_

Wer hat uns empfohlen? \_\_\_\_\_

Wer ist Ihr Hausarzt? \_\_\_\_\_

Bitte nehmen Sie sich einige Minuten Zeit, um folgende Fragen zu beantworten. Mit Ihren Angaben tragen Sie dazu bei, dass wir Ihren Gesundheitszustand gut beurteilen und Sie entsprechend behandeln können. Sollte Ihnen das Ausfüllen des Fragebogens an irgendeiner Stelle Schwierigkeiten bereiten, so scheuen Sie sich nicht meine Mitarbeiterinnen oder mich anzusprechen, wir helfen Ihnen gern.

**Alle Daten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.**

Auf geht's...

Bestehen gesundheitliche Risiken? ja  nein

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

Nehmen Sie Medikamente ein? ja  nein

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

Haben Sie einen Allergiepass? ja  nein

Reagieren Sie allergisch auf bestimmte Stoffe? ja  nein

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

\_\_\_\_\_

Haben Sie eine Erkrankung des Respirationstraktes?  
(Stirnhöhle, Kieferhöhle, Kehlkopf, Bronchien, Lunge) ja  nein

Haben Sie Asthma? ja  nein



- Haben Sie Bluterkrankungen?  
(Gerinnungsstörungen, rotes und weißes Blutbild, Hb) ja  nein
- Haben Sie eine Herz-/Kreislaufferkrankung?  
(R.R., Arrhythmie, Herzinfarkt, Herzfehler, Herzschrittmacher) ja  nein
- Hatten Sie eine Erkrankung des Zentralnervensystems?  
(Schlaganfall, Epilepsie) ja  nein
- Haben Sie eine Gefäßerkrankung?  
(Thrombose, Durchblutungsstörungen, Gefäßdurchlässigkeit) ja  nein
- Haben Sie Tuberkulose? ja  nein
- Haben Sie andere Infektionskrankheiten?  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_ ja  nein
- Haben Sie eine Stoffwechselerkrankung?  
(Diabetes, Unter- oder Überfunktion der Schilddrüse) ja  nein
- Haben Sie eine Erkrankung des Verdauungstraktes?  
(Speiseröhre, Magen, Darm, Leber, Gallenblase, Bauchspeicheldrüse) ja  nein
- Haben Sie eine Erkrankung des Urogenitalsystems?  
(Prostatahypertrophie, Nierenerkrankung) ja  nein
- Haben Sie eine Hauterkrankung? (Herpes, Psoriasis) ja  nein
- Haben Sie eine Schleimhauterkrankung?  
(Candida-Infektion, Lichen planus, Leukoplakie, Tumorverdacht)  
Tumoranamnese \_\_\_\_\_ ja  nein
- Leiden Sie unter Kopfschmerzen, Migräne? ja  nein
- Bestanden/bestehen Verletzungen oder Operationen im Kopfbereich? ja  nein
- Bestehen starke Stimmungsschwankungen? ja  nein
- Haben Sie Grünen Star? ja  nein
- Haben Sie eine Erkrankung des Bewegungsapparates?  
(Hals-, Brust-, Lendenwirbelsäule, Morbus Bechterew, Schultern  
Arme, Hände, Hüften, Beine, Füße) ja  nein
- Bestehen Ängste? (Klaustrophobie, Zahnbehandlungsphobie) ja  nein
- Nur von Frauen zu beantworten!  
Sind Sie schwanger? ja  nein   
Wenn ja, in welcher Woche? Woche \_\_\_\_\_



Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?

- Haben Sie Zahnschmerzen? ja  nein
- Blutet Ihr Zahnfleisch? ja  nein
- Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück? ja  nein
- Sind Ihre Zähne gelockert? ja  nein
- Haben Sie Geräusche oder Schmerzen im Kiefergelenk?  
(Probleme bei der Mundöffnung, UK-Bewegung, Kauen) ja  nein
- Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen? ja  nein
- Haben Sie oft einen schlechten Geschmack im Mund? (Mundgeruch) ja  nein
- Wurde bei Ihnen schon eine Parodontosebehandlung durchgeführt?  
Wenn ja, wann? ja  nein   
Jahr \_\_\_\_\_
- Fand eine Röntgenuntersuchung der Zähne statt?  
Wenn ja, wann? ja  nein   
Jahr \_\_\_\_\_
- Bei wem? \_\_\_\_\_
- Sind für Sie ästhetisch schöne Zähne wichtig? ja  nein
- Halten Sie eigene Zähne für ein ganzes Leben für erstrebenswert? ja  nein
- Möchten Sie an Ihre Vorsorgetermine erinnert werden? ja  nein

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben um alle Fragen zu beantworten.

**Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich!**

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

---

Ort, Datum, Unterschrift

Im Folgenden haben wir einige Hinweise zu Ihrer Information aufgelistet.

- Wir sind eine Bestellpraxis. Für fest reservierte Termine, die nicht 24 Stunden vorher abgesagt werden, behalten wir uns vor, Ihnen eine Ausfallgebühr von 75,00 Euro je angefangener Stunde zu berechnen.
- Änderungen Ihrer Daten und Ihres Gesundheitszustandes bitte an die Praxis weiter geben.

Ich bestätige die Kenntnisnahme der oben genannten Hinweise, sowie mein Einverständnis dazu.

---

Ort, Datum, Unterschrift