

**Ihr Lachen ist unser Anspruch**

## Anamnesebogen

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!)

### Allgemeine Angaben

**Patient Frau/Herr**      Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geb. \_\_\_\_\_

**Mitglied/Versicherter**      Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geb. \_\_\_\_\_

**Anschrift**      Straße/Nr. \_\_\_\_\_

Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_ Geschäftlich \_\_\_\_\_

Wünschen Sie Informationen per E-Mail?       Nein, danke!

Ja, bitte unter folgender Adresse: \_\_\_\_\_

**Beruf** \_\_\_\_\_ **Arbeitgeber** \_\_\_\_\_

**Krankenkasse** \_\_\_\_\_  beihilfeberechtigt       zusätzlich versichert

freiwillig versichert

### Allgemeine Situation

	ja	nein
Medikamentenallergie (z.B. Penicillin)	..	..
Andere Allergien	..	..
Wenn ja, welche? _____		

Herzerkrankung	..	..
Hoher/niedriger Blutdruck	..	..
Blutgerinnungsstörungen	..	..
Asthma/chronische Bronchitis	..	..
Engwinkelglaukom (Augenerkrankung)	..	..
Schilddrüsenerkrankung	..	..
Diabetes (Zuckerkrankheit)	..	..
Nieren-/Lebererkrankungen	..	..
Epilepsie (Krampfanfälle)	..	..
Psychische Erkrankungen (Therapie)	..	..
Osteoporose	..	..
Tumore	..	..
Einnahme von Bisphosphonaten	..	..
Infektionen z.B. Hepatitis	..	..
Tuberkulose	..	..
HIV	..	..
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	..	..
Wenn ja, welche? _____		

Rauchen Sie?      ..      ..  
 Wenn ja, wieviel? \_\_\_\_\_

### Zahn-Mund-Situation

Welches Anliegen führt Sie in unsere Praxis?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

	ja	nein
Zahnfleischbluten/Zahnfleischrückgang	..	..
Geräusche im Kiefergelenk (z.B. beim Kauen)	..	..
Schmerzen am Kopf/Nacken	..	..
Tragen Sie Zahnersatz?	..	..
Wenn ja, seit wie vielen Jahren: _____		
Ist bei Ihnen eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt worden?	..	..
Sind Sie mit der Stellung, Farbe, Form Ihrer Zähne, kurz: mit Ihrem „Lächeln“ zufrieden?	..	..
Haben Sie Interesse an einer besonders intensiven Vorsorge gegen Karies und Zahnfleischrückgang?	..	..

BITTE WENDEN!

WEITERE ANGABEN AUF DER RÜCKSEITE!



