

# Anamnesebogen



Ihre Zahnärztin  
Dr. Claudia Rieder

Herzlich willkommen in unserer Praxis

Bevor wir uns über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine optimale und risikofreie Behandlung. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

## Patient

\_\_\_\_\_  
Name                                      Vorname                                      Geburtsdatum und -ort

## Versicherte Person

\_\_\_\_\_  
Name                                      Vorname                                      Geburtsdatum

## Anschrift

\_\_\_\_\_  
Straße + Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ                                      Ort

Telefon tagsüber \_\_\_\_\_ Mobiltelefon \_\_\_\_\_

## Krankenkasse

\_\_\_\_\_

## Beruf

\_\_\_\_\_ Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Zahn-Zusatzversicherung       Nein       Ja

Besitzen Sie ein Bonusheft       Nein       Ja      Wenn ja, Bonus seit \_\_\_\_\_

Gerne erinnern wir Sie an Ihre nächste Kontrolluntersuchung

Ja, gerne:       per SMS       via E-Mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_       per Postkarte

Nein

## Fragen zum allgemeinen Gesundheitszustand

Haben Sie aktuell Beschwerden im Mundbereich ?  Ja Grund: \_\_\_\_\_  
 Nein

Hausarzt (Name, Adresse, Tel.- Nummer): \_\_\_\_\_

**Medikamente** Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Allergien** Gegen welche Materialien und Medikamente besteht bei Ihnen eine Überempfindlichkeit oder Allergie ? \_\_\_\_\_  
Besitzen Sie einen Allergiepass ?  Ja  Nein

Kreuzen Sie bitte an, ob Sie an einer der folgenden Erkrankungen / Befunde leiden / gelitten haben:

**Herz** Herzschwäche (Insuffizienz) ?  Ja  Nein  
Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmie) ?  Ja  Nein  
Herzasthma / Angina Pectoris ?  Ja  Nein  
Herzschrittmacher / Herzklappenersatz ?  Ja  Nein

**Kreislauf** Ist Ihr Blutdruck zu hoch ?  Ja  Nein  
Ist Ihr Blutdruck zu niedrig ?  Ja  Nein  
Hatten Sie schon einmal einen Herzinfarkt ?  Ja  Nein  
Wenn ja, wann zuletzt ? \_\_\_\_\_  
Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein ?  Ja  Nein

**Vegetative** Ohnmachtsanfälle ?  Ja  Nein

**Erkrankung** Tinnitus ?  Ja  Nein  
Migräne ?  Ja  Nein

**Stoffwechsel** „Zucker“ (Diabetes) ?  Ja  Nein  
Magen-Darmerkrankung ?  Ja  Nein  
Schilddrüsenerkrankung ?  Ja  Nein

**Nervensystem** Epileptische Anfälle ?  Ja  Nein  
Krämpfe ?  Ja  Nein

- Blut** Blutungsneigung (Hämophilie)?  Ja  Nein
- Infektionen** Hepatitis A / B / C ?  Ja  Nein  
HIV / AIDS ?  Ja  Nein  
Chronische Atemwegserkrankungen ?  Ja  Nein
- Sonstiges** Sind oder waren Sie drogen- oder alkoholabhängig ?  Ja  Nein  
Rauchen Sie ?  Ja  Nein  
Wenn ja wie viel pro Tag ? \_\_\_\_\_ Zigaretten  
Schnarchen Sie ?  Ja  Nein
- Röntgen** Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-/ Kiefer-/ Zahnbereich geröntgt?  Ja  Nein

**Sind Sie schwanger?** Wenn ja, vorraussichtlicher Geburtstermin: \_\_\_\_\_

**Datenschutzrechtliche Einwilligung :**

Herr/ Frau \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_ stimmt der Speicherung seiner/ihrer personenbezogenen Daten durch die Praxis zu. Er/Sie wird darauf hingewiesen, dass er/sie diese Zustimmung jederzeit schriftlich widerrufen können (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Bei Kindern unter 16 Jahren erfolgt die Einwilligung durch den/die Erziehungsberechtigten (Art. 8 Abs. 1 DSGVO).

Lindau, den \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Für Patienten von Dr. Cantner und Patienten aus der Praxis Konrad, Lechner & Kollegen :**

Ich, \_\_\_\_\_, bin damit einverstanden, dass meine Unterlagen aus der vorhergehenden Praxis für meine Weiterbehandlung von Frau Dr. Rieder eingesehen werden dürfen.

Lindau den, \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_