



ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient,

schön, dass wir Sie in unserer Praxis begrüßen dürfen. Um Ihnen unnötige Wartezeit ersparen zu können, möchten wir Sie bitten, diesen Bogen möglichst vor Ihrem Termin gewissenhaft und vollständig auszufüllen und mitzubringen oder uns vorab zuzusenden. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Ihre Angaben werden von uns ggf. auch elektronisch gespeichert und unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte denken Sie auch an Ihre Versichertenkarte!

Persönliche Angaben

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße, Hausnummer _____ Postleitzahl _____ Ort _____

Telefon Privat _____ Telefon Arbeit _____ Telefon Mobil _____

E-Mail _____ Beruf _____

Arbeitgeber _____

Versicherung

Krankenkasse _____

Gesetzlich versichert Basistarif Zusatzversicherung

Privat versichert

Sind Patient und Mitglied der Versicherung nicht identisch, tragen Sie bitte hier die Daten des Versicherungsnehmers ein:

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße, Hausnummer _____ Postleitzahl _____ Ort _____

Angaben zum letzten Zahnarztbesuch

Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch? _____ In welcher Praxis? _____ Tel. der Praxis _____

Gibt es Röntgenbilder die nicht älter als 2 Jahre sind? ja nein

Bitte wenden



Angaben zur Gesundheitssituation

Herz

- | | ja | nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Koronare Herzkrankheiten (Angina pectoris) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmie) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Kreislauf

- | | ja | nein |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Erhöhter Blutdruck | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zu niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schlaganfall | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Blut

- | | ja | nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Blutungsneigung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Einnahme von gerinnungshemmenden Mitteln? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Lunge

- | | ja | nein |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Asthma/chronische Bronchitis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tuberkulose | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Nervensystem

- | | ja | nein |
|---------------|--------------------------|--------------------------|
| Anfallsleiden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Depression | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Stoffwechsel

- | | ja | nein |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Zuckerkrankheit (Diabetes) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Osteoporose | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Leber

- | | ja | nein |
|-----------|--------------------------|--------------------------|
| Zirrhose | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hepatitis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Krebsleiden

- | | ja | nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Niere

- | | ja | nein |
|--------------|--------------------------|--------------------------|
| Insuffizienz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Allergie

- | | ja | nein |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Medikamentenallergie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Penicillin-Allergie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie einen Allergiepass | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Endoprothesen

- | | ja | nein |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|
| Herzklappenprothese | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gelenkprothesen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Angaben zur Medikamenteneinnahme

- | | ja | nein |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Nehmen Sie Bisphosphonate ein? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nehmen Sie andere Medikamente ein? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- wenn ja, welche: _____

Craniomandibuläre Dysfunktion (CMD) - Schnelltest

- | | ja | nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Regelmäßige Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Verspannter Nacken / Nackensteifigkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zähneknirschen / Pressen der Zähne | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Formveränderung der Zähne | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Haben Sie eine hier nicht aufgeführte Krankheit?

wenn ja, welche: _____

Sonstiges

- | | ja | nein |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|
| Rauchen Sie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sind Sie HIV positiv? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sind Sie schwanger? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

wenn ja, in welcher Woche: _____

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Wünschen Sie eine Lokalanästhesie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie Angst vor der Behandlung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Besteht Interesse an Zahnreinigung/Bleaching? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dürfen wir Ihnen unseren Service anbieten, Sie zukünftig an Ihre Vorsorge zu erinnern? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

wenn ja, in welcher Form: E-Mail per Post

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam

- | | |
|--|--------------------------|
| Persönliche Empfehlung | <input type="checkbox"/> |
| Patient/in von Dr. Bursche | <input type="checkbox"/> |
| Internet | <input type="checkbox"/> |
| wenn ja, durch eine Anzeige auf Google | <input type="checkbox"/> |
| Im Vorbeigehen | <input type="checkbox"/> |
| Flyer oder Zeitung | <input type="checkbox"/> |

Hinweis/Informationen

An Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert. Daher bitten wir Sie, Termine rechtzeitig, mindestens jedoch 24 Stunden vorher abzusagen, sofern Sie diese nicht wahrnehmen können. Lange Wartezeiten können somit häufig vermieden werden. Wir erlauben uns nicht rechtzeitig abgesagte oder versäumte Termine in Rechnung zu stellen.

Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Gesundheitsangaben mit Ihrer Unterschrift:

Ort, Datum

Unterschrift