Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um die für Ihre Behandlung geeigneten Medikamente und Behandlungsverfahren auswählen zu können, bitten wir Sie um die Beantwortung der Fragen zur allgemeinen Vorgeschichte (Anamnese). Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte sprechen Sie uns an, wenn Sie Fragen haben. Vielen Dank.

Seenland Dental
ZAHNMEDIZIN

ANAMNESEBOGEN

Vorname Name: .....

Geburtsdatum: .....

Telefonnummer: .....

E-Mail-Adresse: .....

Name des Hausarztes: .....

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?	ja	nein	Falls Sie mit ja antworten, bitte ggf. Angaben eintragen.
1. Allergien/Unverträglichkeiten	☐	☐	
2. Anfallsleiden/Epilepsie	☐	☐	
3. Atemwegserkrankungen	☐	☐	
4. Diabetes (Typ I oder II, HbA1c-Wert)	☐	☐	
5. Nierenerkrankungen	☐	☐	
6. Tumorerkrankungen	☐	☐	
7. Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, Krankenhauskeime etc.)	☐	☐	
8. Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Herzinsuffizienz, Herzinfarkt, Bluthochdruck, Herzrhythmusstörungen, Herzschrittmacher, etc.)	☐	☐	
9. Rauchen Sie?	☐	☐	
10. Andere Suchterkrankungen	☐	☐	
11. Sonstige Erkrankungen	☐	☐	
12. Nehmen Sie Medikamente? Wenn ja, welche und wofür?	☐	☐	
13. Nehmen Sie die Antibabypille?	☐	☐	
14. Besteht eine Schwangerschaft?	☐	☐	
15. Haben Sie Angst vor der Behandlung?	☐	☐	

Weitere Angaben:

Haben Sie Interesse an einer professionellen Zahnreinigung?	☐	☐	
Haben Sie bisher eine professionelle Zahnreinigung durchführen lassen?	☐	☐	
Besteht bei Ihnen ein Pflegegrad?	☐	☐	Grad 0 1 2 3 4 5
Wenn ja, welcher? Ist er befristet?	☐	☐	
Haben Sie eine Zusatzversicherung?	☐	☐	
Für Neu-Patientinnen und Patienten: Wie sind Sie auf unsere Zahnarztpraxis aufmerksam geworden?			

Datum, Ort .....

Unterschrift .....