



## ANAMNESEBOGEN

Seite 1 von 2

_____ Vorname	_____ Nachname
_____ Straße	_____ Hausnummer
_____ Land, Postleitzahl	_____ Ort
_____ Tel.Nr.	_____ Mobil.Nr.
_____ E-Mail	
_____ Geburtsdatum	_____ Nationalität

### Zahlungspflichtiges Krankenkassenmitglied/Versicherter:

_____ Vorname	_____ Nachname
_____ Straße	_____ Hausnummer
_____ Land, Postleitzahl	_____ Ort

### Beruf des Krankenkassenmitgliedes:

\_\_\_\_\_  
Beruf

\_\_\_\_\_  
Anschrift der Krankenkasse/Versicherung

### Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau!

Die Angaben unterliegen der Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

#### Haben oder hatten Sie einen ...

hohen/niedrigen Blutdruck	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Ohnmachtsanfall	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
eine Herzoperation	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Herzklappenfehler/-ersatz	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Osteoporose	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Herzschrillmacher/-infarkt	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	allergischen Vorfall	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Asthma/Lungenerkrankung	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Wenn ja, allergischen Vorfall wogegen:	_____ _____	
Blutgerinnungsstörung	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein			
Diabetes/Zuckerkrankheit	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein			
Drogenabhängigkeit	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein			
Nierenerkrankung	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein			



## ANAMNESEBOGEN

Seite 2 von 2

**Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau!**

Die Angaben unterliegen der Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

### Infektiöse Krankheiten:

HIV (Aids)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Tuberkulose	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Hepatitis	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Sonstige	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

Sonstige: \_\_\_\_\_

### Haben oder hatten Sie ...

Zahnfleischbluten	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Grünen Star	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Ohrensausen/Tinnitus	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Rheuma	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

### Medikamente: Nehmen Sie ...

Herzmedikamente	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Bisphosphate	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Schmerzmittel	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	blutverdünnende Mittel	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Cortison (Kortikoide)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	(z.B. Marcumar®, ASS, ..)		
Antidepressiva	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	andere Medikamente	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

### Schwangerschaft:

Besteht eine Schwangerschaft	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Wenn ja, in welchem Monat	_____ Monat
------------------------------	--------------------------	----------------------------	---------------------------	-------------

### Röntgenaufnahmen:

Zahnärztliche Röntgenaufnahmen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Wenn ja, wann und wo	_____
--------------------------------	--------------------------	----------------------------	----------------------	-------

### Zum Schluss

Knirschen Sie mit den Zähnen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Rauchen Sie?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Fühlen Sie sich psychisch belastet	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

\_\_\_\_\_  
Name des Zahnarztes oder der Zahnärztin

### Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe!

Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen der obigen Angaben mit. DANKE

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift