



Zahnarztpraxis  
Dr. Christoph Berner & Kollegen  
Hauptstraße 26  
88433 Schemmerhofen  
Tel. 07356 2582

## Anamnesebogen

Praxisstempel

### Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bitte füllen Sie uns diesen Fragebogen sorgfältig aus. Dadurch erleichtern Sie uns das Erkennen von Risikofaktoren und unterstützen so optimal Ihre Behandlung. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

<b>Persönliche Angaben   Patient</b>	
Nachname / Vorname	Geburtsdatum
<b>Versicherter   Gesetzlicher Vertreter</b>	
Nachname / Vorname	Geburtsdatum
Straße / Nr.	PLZ / Ort
Mobiltelefon	Festnetztelefon
E-Mail	
Arbeitgeber	Beruf
Hausarzt	
<b>Krankenversicherung</b>	
Krankenkasse <input type="checkbox"/>	Privat <input type="checkbox"/>
Name der Krankenkasse	Basis- / Standardtarif <input type="checkbox"/>
	Private Zusatzversicherung <input type="checkbox"/>
<b>Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?</b>	
Empfehlung <input type="checkbox"/>	Google <input type="checkbox"/>
Facebook & Social Media <input type="checkbox"/>	Mitnahme von Flyern <input type="checkbox"/>
<b>Dürfen wir Sie per Telefon/SMS/E-Mail an die Vereinbarung von Vorsorgeterminen erinnern?</b>	
Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<b>Dürfen wir Sie per Telefon/SMS/E-Mail an vereinbarte Termine erinnern?</b>	
Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

>>> Bitte wenden >>>

Gesundheitsfragen					
<b>Infektionskrankheiten</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>Nehmen Sie derzeit Medikamente?</b> <table> <tr> <td><b>Ja</b></td> <td><b>Nein</b></td> </tr> </table>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
<b>Ja</b>	<b>Nein</b>				
Hepatitis A,B,C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutgerinnungshemmende Medikamente: (z.B. ASS100, Marcumar, Xarelto) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
HIV (Immunschwäche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporose Medikamente (z.B. Bisphosphonate) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
TBC (Tuberkulose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herz-Kreislauf Medikamente: (z.B. ACE-Hemmer, Beta-Blocker) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
<b>Sonstige   Wenn ja, welche?</b>			<b>Sonstige   Wenn ja, welche?</b>		
<hr/>			<hr/>		
<b>HerzKreislaufferkrankungen</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>Weitere Erkrankungen</b> <table> <tr> <td><b>Ja</b></td> <td><b>Nein</b></td> </tr> </table>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
<b>Ja</b>	<b>Nein</b>				
Endokarditis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Koronare Herzkrankheit (Angina pectoris)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Erhöhter Blutdruck (Hypertonie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthma / chronische Bronchitis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erkrankung der Leber / der Niere / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporose <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Herzklappenfehler / -ersatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grüner Star <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumorerkrankung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Haben Sie einen Herzpass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Sonstige   Wenn ja, welche?</b>		
<b>Sonstige   Wenn ja, welche?</b>			<hr/>		
<hr/>					
<b>Allergien</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>Weitere Angaben</b> <table> <tr> <td><b>Ja</b></td> <td><b>Nein</b></td> </tr> </table>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
<b>Ja</b>	<b>Nein</b>				
Penicillin / Antibiotika-Allergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rauchen Sie? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Lokalanästhetika-Allergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sind Sie schwanger / stillen Sie? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Latexallergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gab es schon einmal Komplikationen bei einer Zahnbehandlung? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
<b>Sonstige   Wenn ja, welche?</b>			Leiden Sie unter Zahnarztangst? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
<hr/>			<b>Sonstige   Wenn ja, was?</b>		
<b>Blut</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<hr/>		
Liegt eine Blutungsneigung vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

---

**Ort, Datum**


---

**Patientenunterschrift**
**Bei minderjährigen Patienten/innen und ggf. bei Patienten/innen unter Betreuung:**


---

**Ort, Datum**


---

**Unterschrift gesetzlicher Vertreter**