

# Zahnarztpraxis Dr. med. dent. Tobias Lell

## Anamnesebogen

Herzlich Willkommen in unserer Zahnarztpraxis. Um Ihnen eine optimale Behandlung bieten zu können, benötigen wir vorab einige Informationen von Ihnen. Sollten Sie Fragen haben, stehen wir Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung.

Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Patient: \_\_\_\_\_  
Name, Vorname geboren am geboren in

Anschrift: \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer PLZ, Ort

Erreichbarkeit: \_\_\_\_\_  
Telefon Privat Telefon Arbeit Mobil email

Beruf: \_\_\_\_\_  
Arbeitgeber

Hauptversicherer: \_\_\_\_\_  
Name, Vorname geboren am

Anschrift: \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer PLZ, Ort

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Beihilfe: \_\_\_\_\_ Zusatzversicherung: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_  
Name Anschrift Telefon

Wann waren Sie zuletzt in zahnärztlicher Behandlung? \_\_\_\_\_

Grund des Zahnarztbesuches: \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

bitte wenden...

## Allgemeinmedizinische Fragen

- Sind Sie regelmäßig in ärztlicher Behandlung? O ja O nein  
 Wenn ja, bei wem und warum? \_\_\_\_\_
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? O ja O nein  
 Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt? O ja O nein  
 Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Besteht Schwangerschaft?  ja  nein  vielleicht
- Rauchen Sie?  ja  nein    Trinken Sie regelmäßig Alkohol? O ja O nein

## Haben Sie oder hatten Sie folgende Krankheiten?

Rheumatische Erkrankungen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Überempfindlichkeit gegen Medikamente (z.B. Penicillin, Jod, Aspirin,	
Knochenerkrankung (z.B. Osteoporose)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	örtliche Betäubungsmittel	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Herz- und Kreislaufstörungen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Lungenerkrankung (z.B. Tuberkulose)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Herzinfarkt	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Lebererkrankung (z.B. Gelbsucht)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Hoher Blutdruck	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
HIV, AIDS	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Herzschrittmacher	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Blutkrankheit (Gerinnungsstörung etc.)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	andere Erkrankungen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Asthma	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Wenn ja, welche? _____	

## Fragen hinsichtlich der zahnärztlichen Behandlung

- Sind Sie in den letzten 12 Monaten im Bereich der Kiefer oder Zähne geröntgt worden? O ja O nein  
 Wenn ja, von wem? \_\_\_\_\_
- Tragen Sie Zahnersatz? (Kronen, Brücken, Prothesen...) O ja O nein  
 Wenn ja, wie alt ist dieser? \_\_\_\_\_
- Sind Sie an einer Professionellen Zahnreinigung interessiert? O ja O nein
- Möchten Sie an Ihre nächste Zahnvorsorgeuntersuchung erinnert werden? O ja O nein  
 nach 3 Monaten     nach 6 Monaten     nach 12 Monaten
- Haben Sie Angst vor der zahnärztlichen Behandlung? O ja O nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und die Richtigkeit der obigen Angaben. Der Speicherung meiner Daten stimme ich zu. Ich entbinde im Falle einer Mit- bzw. Weiterbehandlung anderer Ärzte / Zahnärzte Herrn Dr. Tobias Lell von der Schweigepflicht und erkläre mich einverstanden, dass meine zahnärztlichen Behandlungsunterlagen auf Anforderung an mit- bzw. weiterbehandelnde Ärzte / Zahnärzte übersandt werden.

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

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift

**Bitte teilen Sie uns jede Änderung Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer Adresse mit.**

Vielen Dank – Ihr Praxisteam Zahnarztpraxis Dr. Lell