

Zahnarztpraxis  
Dr. med. dent.  
Tobias Lell  
Augsburger Straße 69  
93051 Regensburg

## 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.

**Patient:** \_\_\_\_\_  
Name Vorname geboren am

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

**Zu erreichen:** \_\_\_\_\_  
Telefon Privat Telefon Arbeit Mobil email

**Versicherter:** \_\_\_\_\_  
Name Vorname geboren am

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

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

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

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

Ich komme auf Empfehlung von: \_\_\_\_\_

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

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

bitte wenden...

## Allgemeinmedizinische Fragen

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

## Haben Sie oder hatten Sie folgende Krankheiten?

- |  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| Rheumatische Erkrankungen              | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Überempfindlichkeit gegen<br>Medikamente (z.B. Penicillin, Jod, |   |
| Knochenerkrankung (z.B. Osteoporose)   | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Aspirin, 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 von einem anderen Zahnarzt geröntgt worden?  ja  nein  
Wenn ja, bei welchem Zahnarzt? \_\_\_\_\_
- Besteht Schwangerschaft?  ja  nein  vielleicht
- Tragen Sie Zahnersatz? (Kronen, Brücken, Prothesen...)  ja  nein  
Wenn ja, wie alt ist dieser? \_\_\_\_\_
- Sind Sie an einer Professionellen Zahnreinigung interessiert?  ja  nein
- Möchten Sie regelmäßig an Ihre Zahnvorsorgeuntersuchungen erinnert werden?  ja  nein
- Haben Sie Angst vor der zahnärztlichen Behandlung?  ja  nein

**Achtung : Sie können nach einer örtlichen Betäubung bedingt verkehrstüchtig sein und sollten sich nicht selbst ans Steuer setzen.**

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der obigen Angaben:

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

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

Vielen Dank – Ihr Praxisteam