

# Anamnesebogen

## Herzlich willkommen!

Das Team der Zahnärzte PODBI344 freut sich auf Ihren Termin in unserer Praxis.  
Damit wir uns optimal auf Sie und Ihre Erwartungen einstellen können, bitten wir Sie um das Ausfüllen des Anamnesebogens.

## Angaben zu Ihrer Person

Name \_\_\_\_\_

Versicherte Person/Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Telefon (dienstlich) \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Telefon (privat) \_\_\_\_\_

Wohnort \_\_\_\_\_

Mobil \_\_\_\_\_

Versicherung/Krankenkasse \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

## Allgemeine Angaben

Aus welchem Grund kommen Sie zu uns?

- Kontrolluntersuchung
- Zahnschmerzen
- Fehlende Zähne
- Implantatberatung
- Zahnfleischbeschwerden

- Probleme mit Zahnersatz
- Kiefergelenksbeschwerden
- Korrektur der Zahnstellung
- Sonstiges

## Hinweis

Unser Konzept für „einfach schöne Zähne“ lässt sich auf Wunsch optimal mit einer ästhetischen Behandlung im Gesichtsbereich ergänzen. Wenn Sie eine Beratung zum Thema Faltenbehandlung oder Lippenbehandlung wünschen, setzen Sie bitte hier ein Kreuz:

# Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

---

Herzerkrankung

---

Blutgerinnungsstörung (z.B. Marcumarbehandlung)

---

Kreislaufkrankung (z.B. Blutdruck)

---

Infektionskrankheit (z.B. Hepatitis, Tuberkulose)

---

Stoffwechselerkrankung (z.B. Diabetes)

---

Immunerkrankung (z.B. HIV)

## Ihr Gesundheitszustand

---

Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?

---

Wer ist Ihr Hausarzt?

---

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

---

Reagieren Sie auf Stoffe oder Medikamente allergisch?

---

Bevorzugen Sie eine begleitende homöopathische Behandlung?

---

Sind Sie schwanger?

---

Wurden Sie in den vergangenen Monaten im Kieferbereich geröntgt?

---

Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden?

---

Leiden Sie unter Mundgeruch?

---

Gibt es weitere Angaben, die Sie hinsichtlich Ihres Gesundheitszustandes mitteilen möchten?

### Was erwarten Sie von Ihrer Behandlung?

---

---

---

Kommen Sie auf Empfehlung in unsere Praxis? Wenn ja, auf wessen Empfehlung?

---

Wünschen Sie die Behandlung durch einen bestimmten Arzt/Ärztin?

---

Möchten Sie von unserem kostenlosen Erinnerungsservice für die Kontrolluntersuchung / Zahnreinigung profitieren?

 JA NEIN

---

**Datum, Unterschrift**