



## Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,  
herzlich willkommen in unserer Praxis! Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand, denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte beantworten Sie daher alle folgenden Fragen gewissenhaft, damit wir Ihnen bei der Behandlung die bestmögliche medizinische Betreuung zukommen lassen können.

## Personalien

|                 | Patient | Versicherter |
|-----------------|---------|--------------|
| Name, Vorname   | _____   | _____        |
| Geburtsdatum    | _____   | _____        |
| Straße, Wohnort | _____   | _____        |
| Telefon         | _____   | _____        |
| E-Mail          | _____   | _____        |
| Beruf           | _____   | _____        |
| Krankenkasse    | _____   | _____        |

Pflichtversichert

freiwillig versichert

privat versichert

Ich bin damit einverstanden, dass meine Kontaktdaten (Name, Adresse, E-Mail, Telefonnummer)  
zu folgenden Zwecken verwendet werden:

Terminerinnerung / Recall

ja

nein

## Allgemeine Anamnese



### Herz-Kreislauf-Erkrankungen

- hoher Blutdruck (Hypertonie)
- niedriger Blutdruck (Hypotonie)
- Herzklappenerkrankung bzw. künstliche Herzklappe
- Koronare Herzkrankheit / Angina Pectoris
- Herzinfarkt
- Herzrhythmusstörungen
- Herzschrittmacher

### Infektionserkrankungen

- Hepatitis A/B/C (Gelbsucht)
- Tuberkulose
- HIV+ bzw. AIDS
- Andere: \_\_\_\_\_

### Allergien/Unverträglichkeiten (ggf. Allergiepass?)

- lokale Betäubungsmittel
- Schmerzmittel
- Antibiotika
- Andere: \_\_\_\_\_

### Weitere Erkrankungen

- Diabetes
- Gelenkerkrankungen (Rheuma)
- Bluterkrankungen (Blutungsneigung, Blutarmut)
- Lunge (Asthma etc.)
- Leber
- Niere
- Schilddrüse
- Magen-Darm-Trakt
- Migräne
- Osteoporose
- Epilepsie
- Grüner Star
- Tumorerkrankungen (Chemotherapie, Bestrahlung)
- Frühere Operationen





Wann und wo wurden Sie zuletzt im Kopfbereich  
(also an den Zähnen, an den Nebenhöhlen etc.) geröntgt?

---

Sind Sie zur Zeit schwanger?       ja     nein      In welchem Monat? \_\_\_\_\_

Stillen Sie?       ja     nein

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?       ja     nein

Wo?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?       ja     nein

Welche?

Leiden Sie an anderen Erkrankungen?       ja     nein

Welchen? \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?       ja     nein    Wieviel? \_\_\_\_\_

Trinken Sie mehrmals pro Woche Alkohol?       ja     nein    Wieviel? \_\_\_\_\_

## Zahnärztliche Anamnese

Haben Sie Zahnschmerzen?       ja     nein

Haben Sie Beschwerden beim Kauen?       ja     nein

Ist irgendein Zahn besonders empfindlich?       ja     nein

Hatten Sie eine kieferorthopädische Behandlung?       ja     nein

Stört ein Zahn beim Schließen, Kauen oder Schlucken?       ja     nein

Knirschen Sie mit den Zähnen?       ja     nein

Schmerzt es bei weiter Mundöffnung, großem Biss oder beim Gähnen?       ja     nein

Haben Sie Schmerzen im Kiefergelenk oder im Ohrbereich?       ja     nein

Beobachten Sie ein Knacken im Bereich der Kiefergelenke?       ja     nein

Bestehen häufig Hals- oder Nackenverspannungen?       ja     nein

Haben Sie Zahnfleischprobleme?       ja     nein

Haben Sie Angst vor der Behandlung?       ja     nein

Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?       ja     nein

## Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Homepage       Facebook       Werbung Internet

Bewertungsportal       Instagram       Werbung Print

Persönliche Empfehlung

Sonstiges:

---



## Datenschutz

Wir nehmen den Schutz Ihrer Daten sehr ernst und halten uns strikt an die europäischen und nationalen Datenschutzbestimmungen.

Um Ihnen eine optimale Behandlung zu gewährleisten, benötigen wir von Ihnen einige persönliche Daten. Diese Daten werden ausschließlich für interne Zwecke benutzt und werden nicht an Dritte weitergegeben.

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Mir ist bewusst, dass meine Daten streng vertraulich behandelt und ggf. elektronisch gespeichert werden. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gem. § 203 StGB sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes. Ich habe alle Angaben nach bestem Wissen gemacht.

Ich willige ein, dass mir durch die Praxis auch allgemeine Informationen, die auch nicht in einem Zusammenhang zu meinem Behandlungsverhältnis stehen müssen, z.B. durch Rundmails, zugesandt werden.

Darüber hinaus bin ich damit einverstanden, über meinen Termin per SMS und E-Mail informiert zu werden. Diese Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_