

**GEMEINSCHAFTSPRAXIS**

**DR. KATARINA MERTENS & DR. RAINER MERTENS**

CAPUTHER CHAUSSEE 3

14548 SCHWIELOWSEE

## Anamnesebogen für Erwachsene

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern, herzlich willkommen in unserer Praxis,

bitte füllen Sie den Anamnesebogen sorgfältig aus.

Diese Daten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt.

Sollten sich Änderungen ergeben, bitten wir Sie uns unverzüglich zu informieren.

Vielen Dank

Wir wünschen Ihnen einen angenehmen Aufenthalt in unserer Praxis

# Anamnesebogen für Erwachsene

## Angaben zu Ihrer Person

Name, Vorname, Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefonnummer

Beruf

## Ihre Versicherung

Name der Versicherung

beihilfeberechtigt

Zahnzusatzversicherung

## Allgemeine Angaben

Leiden Sie derzeit oder litten Sie unter folgenden Erkrankungen?

Medikamentenallergie (z.B. Penicillin)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Andere Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Hoher / Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	Fehlfunktion der Schilddrüse <input type="checkbox"/>
Asthma/Atemnot	<input type="checkbox"/>	Medikamentenallergie (z.B. Penicillin) <input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen (Herzschrittmacher?)	<input type="checkbox"/>	Nierenerkrankungen <input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	Blutgerinnungsstörungen <input type="checkbox"/>
Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/>	Chronische Bronchitis <input type="checkbox"/>
Osteoporose (Bisphosphonat-Therapie?)	<input type="checkbox"/>	Epilepsie <input type="checkbox"/>
Sonstige Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Regelmäßige Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Sind Sie Raucher / -in?

Ja  Nein

Haben oder hatten Sie Verletzungen im Kiefer- Gesichtsbereich?

Ja  Nein

Haben Sie die Anästhesie beim Zahnarzt immer gut vertragen?

Ja  Nein

Haben Sie Zahnfleischbluten?

Ja  Nein

Haben Sie Geräusche / Schmerzen im Kiefergelenk?

Ja  Nein

Tragen Sie einen Zahnersatz?

Ja  Nein

Haben Sie Angst vor der zahnärztlichen Behandlung?

Ja  Nein

Wann wurden Sie das letzte Mal zahnärztlich geröntgt?

## Für weibliche Patienten

Besteht eine Schwangerschaft?

Ja  Nein

In der \_\_\_\_\_ten Schwangerschaftswoche

Stillen Sie?

Ja  Nein

Was ist der Grund Ihres heutigen Besuches?

Wurden Sie an unsere Praxis empfohlen / überwiesen?



Datum

Unterschrift