



## ANAMNESEBOGEN

Patient: \_\_\_\_\_  
Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Versicherter: \_\_\_\_\_  
Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort, Straße \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Beruf \_\_\_\_\_ Zahnarzt, Ort \_\_\_\_\_

Privatpatient: Beihilfeberechtigt  nein  ja  
Standard-Basis-Tarif  nein  ja  
Private Zusatzversicherung  nein  ja

\_\_\_\_\_  
Wenn ja, Name der Versicherung

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Angaben. **Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau!** Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht sowie den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt. Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an uns.

Herz-/Kreislaufkrankungen:			Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Asthma/Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Herzklappenfehler	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Diabetes/Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Herzklappenersatz	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Drogenabhängigkeit	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Nervenerkrankung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Endokarditis	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Herzoperation	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
			Osteoporose Erkrankung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Hochgradige Neutropenie	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Rheuma/Arthritis	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Mukoviszidose-Erkrankung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Organtransplantiert	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Raucher	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Stammzellentransplantiert	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja			
			Allergien/Unverträglichkeiten:		
Infektiöse Erkrankungen:			Lokalanästhesie/Spritzen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
HIV-Infektion/Stadium AIDS	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Antibiotika	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Lebererkrankung/Hepatitis	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Metalle	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Infektionskrankheiten (z.B. MRSA)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Latex	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) / Neue Variante der			Heuschnupfen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (vCJK)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja			
Sonstige Erkrankungen:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja			

\_\_\_\_\_  
Wenn ja, welche?



Besteht im Moment eine Schwangerschaft?  nein  ja \_\_\_\_\_  
Wenn ja, in welchem Monat?

Sind bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?  nein  ja \_\_\_\_\_  
Wenn ja, wann?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit? \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Nehmen Sie Bisphosphonate?  nein  ja seit \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie?  nein  ja seit \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung?  nein  ja seit \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Nehmen Sie hoch dosierte Steroide / Immunsuppressiva?  nein  ja seit \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt?  nein  ja am \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

**Wurde bereits eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt?**  nein  ja

Wer führte die kieferorthopädische Behandlung durch? \_\_\_\_\_  
Name, Ort/Adresse

Über welchen Zeitraum erfolgte die Vorbehandlung? \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
Beginn Ende

Welche Art der Behandlung wurde durchgeführt? \_\_\_\_\_  
Details

Welche Apparatur haben Sie erhalten?  abnehmbar  festsitzend  \_\_\_\_\_

**Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.**

\_\_\_\_\_  
Ort Datum Unterschrift