



Anamnese

Patient

☐ Männlich ☐ Weiblich ☐ Divers

Nachname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße & Hausnummer: _____

Postleitzahl & Ort: _____

Handynummer: _____

E-Mail: _____

Versicherter (Falls abweichend vom Patienten)

Nachname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße & Hausnummer: _____

Postleitzahl & Ort: _____

Versicherung

Name der Versicherung: _____

☐ Gesetzlich versichert ☐ Privat versichert

☐ Gesetzlich pflichtversichert

☐ Gesetzlich freiwillig versichert

☐ Beihilfeberechtigt ☐ Basistarif

Zusatzversicherung: _____

Patienteninformation

Beruf: _____

Hausarzt: _____

Bisheriger Kieferorthopäde: _____

Haben Sie ein Bonusheft? ☐ Ja ☐ Nein

Anlass Ihres Praxisbesuches

Anlass des Praxisbesuchs:

☐ Routinekontrolle ☐ Aligner-Beratung ☐ Bleaching / Zahnaufhellung ☐ Implantate ☐ Zahnersatz

☐ Sonstiger Besuchsgrund

Sonstiger Besuchsgrund: _____

Allgemeine Anamnese

Diabetes ☐ Ja ☐ Nein

Allgemeine Anamnese

Diabetes: Typ

☐ Typ 1 ☐ Typ 2

HbA1c Wert _____

Besteht Insulinpflicht? ☐ Ja ☐ Nein



Allgemeine Anamnese

Chronische Erkrankung der Atemwege (z.B. COPD, Asthma) ☐ Ja ☐ Nein

☐ COPD (chronisch obstruktive Lungenerkrankung) ☐ Asthma ☐ Andere Atemwegserkrankungen

Welche? _____

Nervenerkrankung (z.B. Multiple Sklerose, Demenz, Alzheimer, ADHS) ☐ Ja ☐ Nein

☐ Multiple Sklerose ☐ Parkinson ☐ Migräne ☐ Schlaganfall ☐ Demenz ☐ Epilepsie

Nierenerkrankung ☐ Ja ☐ Nein

Welche? _____

Lebererkrankung ☐ Ja ☐ Nein

Tumorerkrankung ☐ Ja ☐ Nein

☐ Brustkrebs ☐ Prostatakrebs ☐ Andere Tumorerkrankung/Chemotherapie

Welche? _____

Grüner Star ☐ Ja ☐ Nein

Schilddrüsenerkrankungen ☐ Ja ☐ Nein

☐ Schilddrüsenunterfunktion ☐ Schilddrüsenüberfunktion ☐ Andere Schilddrüsenerkrankungen

Welche? _____

Erkrankungen des Knochensystems (z.B. Osteoporose) ☐ Ja ☐ Nein

☐ Osteoporose ☐ Andere Knochenerkrankung

Welche? _____

Neigung zu Ohnmachtsanfällen ☐ Ja ☐ Nein

Gab es in den letzten 12 Monaten ein Röntgen im Kopf - Kiefer- Zahnbereich? ☐ Ja ☐ Nein

Wo können die Röntgenaufnahmen angefordert werden? _____

Besteht bei Ihnen eine längere Blutungszeit nach Verletzungen? ☐ Ja ☐ Nein

Sind Sie schwanger? ☐ Ja ☐ Nein

Leiden Sie an einer oder mehreren der folgenden Herz-/Kreislaufferkrankungen?:

Niedriger Blutdruck (Hypotonie) ☐ Ja ☐ Nein

Hoher Blutdruck (Hypertonie) ☐ Ja ☐ Nein

Herzerkrankungen

Herzklappenersatz ☐ Ja ☐ Nein

Herzschritmacher ☐ Ja ☐ Nein

Herzinfarkt ☐ Ja ☐ Nein

Andere Herz- / Kreislaufferkrankung ☐ Ja ☐ Nein

Welche? _____

Wurden Sie bereits am Herzen operiert? ☐ Ja ☐ Nein



Wann? _____

Hepatitis ☐ Ja ☐ Nein

☐ Hepatitis A ☐ Hepatitis B ☐ Hepatitis C

Ist die Hepatitis ausgeheilt? ☐ Ja ☐ Nein

HIV/AIDS ☐ Ja ☐ Nein

Tuberkulose ☐ Ja ☐ Nein

Sonstige Infektionskrankheiten? ☐ Ja ☐ Nein

Welche? _____

Leiden Sie unter Zahnschmerzen? ☐ Ja ☐ Nein

Seit wann leiden Sie an Zahnschmerzen?

Blutet Ihr Zahnfleisch? ☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie häufig Kopfschmerzen? ☐ Ja ☐ Nein

Leiden Sie unter Kiefergelenkschmerzen? ☐ Ja ☐ Nein

Benötigen Sie vor zahnärztlichen Behandlungen eine Antibiotikaprophylaxe? ☐ Ja ☐ Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ☐ Ja ☐ Nein

☐ Bisphosphonate ☐ Blutverdünnende Medikamente (z.B. Marcumar, Xarelto, ASS) ☐ Blutdruckmedikamente

☐ Kortison ☐ Sonstige Medikamente

Welche? _____

Welche? _____

Allergien ☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie Unverträglichkeiten/Allergien gegen örtliche Betäubung? ☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie Unverträglichkeiten/Allergien gegen Medikamente? ☐ Ja ☐ Nein

☐ Antibiotika ☐ Schmerzmittel ☐ Andere Medikamente

Welche? _____

Welche? _____

Trinken Sie Alkohol? ☐ Ja ☐ Nein

Wie oft? _____

Konsumieren Sie Drogen? ☐ Ja ☐ Nein

Welche? _____

Rauchen Sie? ☐ Ja ☐ Nein

Wie viele Zigaretten pro Tag? _____

Möchten Sie uns weitere Erkrankungen mitteilen?



sonstige Anmerkungen/Fragen: _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? ☐ Ja ☐ Nein

☐ Persönliche Empfehlung ☐ Google ☐ Facebook ☐ Instagram ☐ Auf anderem Wege

Auf anderem Wege - Bitte erläutern:

Möchten Sie Terminerinnerungen erhalten?

☐ Per E-Mail ☐ Per SMS ☐ Per Post ☐ Per Telefon

Bei Nichterscheinen zum Termin wird Ihnen ein Ausfallhonorar berechnet. ☐ Ja ☐ Nein

Ort, Datum: _____

Unterschrift: