



Zahnarztpraxis  
Dr. Julian Velten

## Anamnesebogen

Liebe Patientinnen und Patienten,  
für eine individuelle und auf Ihren Gesundheitszustand abgestimmte Behandlung benötigen wir einige persönliche Angaben. Wir bitten Sie diesen Fragebogen sorgfältig und vollständig auszufüllen. Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Spätere Änderungen bitten wir umgehend mitzuteilen. Vielen Dank!

**Hinweis: Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind in der Praxis einsehbar.**

---

Name, Vorname

---

Name, Vorname der / des Versicherten (falls abweichend)

---

geboren am

Geburtsort

---

Straße / Hausnummer

PLZ / Wohnort

Telefon Privat

---

E-Mail (freiwillige Angabe)

Beruf / Arbeitgeber (freiwillige Angabe)

Telefon Mobil

---

Name und Anschrift Ihres Hausarztes (freiwillige Angabe)

pflichtversichert     freiwillig versichert     privat versichert

---

Name und Sitz der Krankenkasse

Beihilfe     Zusatzversicherung     nicht versichert

### Gesundheitszustand

Hoher / Niedriger Blutdruck     Ja     Nein

Herzklappenfehler     Ja     Nein

Herzschrittmacher     Ja     Nein

Endokarditis     Ja     Nein

Herzoperation     Ja     Nein

Organtransplantiert     Ja     Nein

Stammzellentransplantiert     Ja     Nein

Anfallsleiden (Epilepsie)     Ja     Nein

Asthma / Lungenerkrankungen     Ja     Nein

Blutgerinnungsstörungen     Ja     Nein

Diabetes / Zuckerkrankheit     Ja     Nein

Nervenerkrankungen     Ja     Nein

Ohnmachtsanfälle     Ja     Nein

Osteoporoseerkrankung     Ja     Nein

Raucher     Ja     Nein

Rheuma / Arthritis     Ja     Nein

Schilddrüsenerkrankung     Ja     Nein

Sonstige Erkrankungen: \_\_\_\_\_

### Infektiöse Erkrankungen

HIV-Infektion / Stadium AIDS     Ja     Nein

Lebererkrankung / Hepatitis     Ja     Nein

Tuberkulose     Ja     Nein

Andere Infektionskrankheiten     Ja     Nein

### Allergien / Unverträglichkeiten:

Lokalanästhesie / Spritzen     Ja     Nein

Antibiotika     Ja     Nein

Schmerzmittel     Ja     Nein

Metalle: \_\_\_\_\_

# Pflichtangaben

Besteht eine Schwangerschaft ?

Ja  Nein

Wenn ja, in welchem Monat ? \_\_\_\_\_

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?

Ja  Nein

Wenn ja, wann ? \_\_\_\_\_

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit ?

\_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente zur Blutgerinnung ein ?

Ja  Nein

Wenn ja, welches ? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Bisphosphonate ?

Ja  Nein

seit: \_\_\_\_\_

Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie ?

Ja  Nein

seit: \_\_\_\_\_

Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung ?

Ja  Nein

seit: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie hoch dosierte Steroide / Immunsuppressiva ?

Ja  Nein

seit: \_\_\_\_\_

Wurden Sie jemals an den Nasennebenhöhlen (z.B. Kieferhöhle) operiert ?

Ja  Nein

Haben Sie Beschwerden am Bewegungsapparat (z.B. Halswirbelsäure) ?

Ja  Nein

Sonstige für Ihre Behandlung relevante Angaben:

## Freiwillige Angaben

### Zahn-Mund-Situation

Haben Sie Beschwerden wie...

Zahnschmerzen  Ja  Nein

Zahnfleischbluten  Ja  Nein

Geräusche im Kiefergelenk  Ja  Nein

Kopf- und Nackenschmerzen  Ja  Nein

Tragen Sie Zahnersatz?  Ja  Nein

Wenn ja seit wann ? \_\_\_\_\_

Kennen Sie die Professionelle Zahnreinigung (kurz: PZR) ?  Ja  Nein

Welche Zahnpflegemittel verwenden Sie ? \_\_\_\_\_

### Stört Sie etwas am Aussehen Ihrer Zähne ?

- Zahnfarbe
- Zahnstellung
- Lücke(n)
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

### Wünschen Sie eine gezielte Beratung über

- Bleaching / Zahnaufhellung
- Implantate
- Zahnersatzlösungen
- Amalgamaustausch
- Professionelle Zahnreinigung
- Prothesenreinigung
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

### Was haben Sie bisher bei Zahnarztbesuchen am meisten vermisst (z.B. Beratung, Informationen, etc.) ?

**Kontakt:** Dürfen wir Sie zur Terminbestätigung kontaktieren ?  Ja  Nein

**Recall-Service:** Wünschen Sie an Ihren nächsten Vorsorge-Termin erinnert zu werden ?  Ja  Nein

**Eine letzte Frage:** Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

### Wichtiger Hinweis:

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes. Sie werden streng vertraulich behandelt. Sollten während meines Behandlungszeitraumes Änderungen eintreten, informiere ich Sie umgehend.