



Beelertstiege 5 | 48143 Münster  
TEL 02 51 – 5 59 80  
FAX 02 51 – 5 55 87  
MAIL praxis@dr-s-althoff.de  
WEB www.dr-s-althoff.de

## Anamnesebogen

Bevor wir uns über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich bin  selbst versichert  mitversichert

Name des Patienten, Vorname:

Geburtsdatum:

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_

Telefon (Privat):

Telefon (beruflich)/Mobil:

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_

Beruf:

Arbeitgeber:

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse:

Name der Krankenkasse:

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_

Sind Sie freiwilliges Mitglied in einer gesetzlichen Krankenversicherung?

Ja

Nein

Falls nicht selbstversichert, bitte hier angeben:

Beihilfeberechtigt?

Ja

Nein

Name des Versicherten, Vorname:

Geburtsdatum:

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_

Warum kommen Sie zu uns in die Praxis?

Mein Behandlungswunsch: \_\_\_\_\_

Auf wessen Empfehlung kommen Sie? \_\_\_\_\_

Recall-Einverständnis

Mit der schriftlichen Terminbenachrichtigung für die professionelle Zahnreinigung bin ich einverstanden.

Datum

Unterschrift

\_\_\_\_\_

### Ärztliche Behandlung:

Befinden Sie sich zur Zeit in  
ärztlicher Behandlung?  Ja  Nein  
Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?

---

### Ihr Hausarzt/Facharzt:

Name/Adresse/Tel.-Nr.:

---

Werden Sie von einem  
Heilpraktiker betreut?  Ja  Nein  
Wenn ja, Name/Adresse/Tel.-Nr.:

---

### Medikamente:

Nehmen Sie regelmäßig  
Medikamente ein?  Ja  Nein  
Wenn ja, welche?

---

### Allergien:

Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei  
Ihnen der Verdacht auf Überempfindlichkeit?

---

Besitzen Sie einen Allergiepass?  Ja  Nein

### Herzkrankheiten:

Herzschwäche (Insuffizienz)?  Ja  Nein  
Unregelmäßiger Herzschlag  
(Arrhythmien)?  Ja  Nein  
Herzasthma, Angina pectoris?  Ja  Nein  
Herzschrittmacher,  
Herzklappenersatz?  Ja  Nein  
Sonstiges:

---

### Kreislaufkrankungen:

Zu hoher Blutdruck?  Ja  Nein  
Zu niedriger Blutdruck?  Ja  Nein  
Zustand nach Herzinfarkt?  Ja  Nein  
Nehmen Sie gerinnungshemmende  
Medikamente ein?  Ja  Nein  
Sonstiges:

---

### Vegetative Erkrankungen:

Ohnmachtsanfälle?  Ja  Nein  
Nehmen Sie Aufputsch-  
oder Beruhigungsmittel?  Ja  Nein  
Sonstiges:

---

### Stoffwechselerkrankungen:

Zuckerkrankheit (Diabetes)?  Ja  Nein  
Magen-Darm-Erkrankungen?  Ja  Nein  
Schilddrüsenerkrankungen?  Ja  Nein  
Niereninsuffizienz?  Ja  Nein  
Sonstiges:

---

### Erkrankungen des Nervensystems:

Epileptiforme Anfälle?  Ja  Nein  
Krämpfe?  Ja  Nein  
Sonstiges:

---

### Bluterkrankungen:

Blutungsneigung (Hämophilie)?  Ja  Nein  
Blutarmut (Anämie)?  Ja  Nein  
Sonstiges:

---

### Infektionskrankheiten

(besonders wichtig für den zahnärztlichen Bereich):

Leberentzündung/Gelbsucht  
(Hepatitis A/B/C)?  Ja  Nein  
Tuberkulose?  Ja  Nein  
Chronische Erkrankungen  
der Atemwege?  Ja  Nein  
Wurde bei Ihnen ein Aidstest  
durchgeführt?  Ja  Nein  
Wenn ja, mit welchem Ergebnis?

---

Sonstiges:

---

### Weitere Angaben:

Sind Sie drogen- oder  
alkoholabhängig?  Ja  Nein

### Röntgen:

Wurden im letzten Jahr Aufnahmen  
im Kopf-/Kiefer-/Zahnbereich  
angefertigt?  Ja  Nein  
Wenn ja, wo?

---

### Schwangerschaft:

Wenn ja, in welchem Monat?

---

Vielen Dank für Ihre Mühe. Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen bezüglich der obigen Angaben mit.

Datum

Unterschrift

---