



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, Geburtsort:

_____ | _____

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, Geburtsort:

_____ | _____

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:

Kreislaufferkrankungen:

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 Aids-test
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:

☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, in welchem Monat?

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

Datum

Unterschrift