

Anamnesebogen

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Wir bitten Sie, nachfolgende Fragen sorgfältig zu lesen und zu beantworten bzw. zusätzliche Angaben handschriftlich einzutragen.

Patient	
Name	Titel
Vorname	geb.

Kontaktdaten Patient	
Str., Nr.	
PLZ	Ort
Tel.	Mobil
E-Mail	Beruf

Hausarzt	
Name	
Str., Nr.	
PLZ	Ort
Tel.	Fax

Versicherung	
☐ privat, Name der Versicherung:	
☐ Basistarif	☐ Beihilfe
☐ gesetzlich, Name der Versicherung:	

Bei gesetzlicher Versicherung: besteht eine Zusatzversicherung? Wenn ja, welche?	
Name der Gesellschaft	

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?	
Empfehlung von:	
Überweisung von:	
☐ Internet	☐ Telefonbuch ☐ Sonstiges

Um Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen, planen wir Behandlungszeiten ein, die nur für Sie bereitgestellt werden. Sollten Sie vereinbarte Termine nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie aus diesem Grund, diese mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine nach Zeitaufwand der geplanten Behandlung in Rechnung zu stellen.

Gibt es Fragen oder Probleme beim Ausfüllen des Formulars? Wir helfen Ihnen gerne weiter.

Wichtiger Hinweis: Teilen Sie uns bitte eine Änderung Ihres Gesundheitszustandes unaufgefordert vor der nächsten Behandlung mit!

Datum	Unterschrift
-------	--------------

Bei Minderjährigen ist für eine Behandlung die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig.

Erziehungsberechtigter/Rechnungsempfänger	
Name	
Anschrift (falls abweichend)	
Str., Nr.	
PLZ	Ort
Datum	Unterschrift

Arnulfstraße 31
80636 München
Tel.: 0 89 – 2 00 62 95 70
Fax: 0 89 – 2 00 62 95 79
info@jacobi-fendt.de
www.jacobi-fendt.de

Spezielle Fragen zur Zahngesundheit	ja	nein
Haben Sie Beschwerden beim Kauen	☐	☐
Ist irgendein Zahn besonders empfindlich?	☐	☐
Wenn ja, welcher?		
Stört ein Zahn beim Schließen, Kauen oder Schlucken?	☐	☐
Wenn ja, welcher?		
Pressen oder knirschen Sie (unbewusst) auf Ihren Zähnen?	☐	☐
Schmerzt es bei weiter Mundöffnung, großem Biss oder beim Gähnen?	☐	☐
Machen Ihre Kiefergelenke Geräusche?	☐	☐
Wenn ja, auf welcher Seite?		
Haben Sie manchmal Schmerzen im Ohrenbereich?	☐	☐
Leiden Sie an Kopfschmerzen?	☐	☐
Leiden Sie unter Verkrampfungen oder Ziehen im Kopf-, Nacken- oder Halsbereich?	☐	☐
Haben Sie manchmal das Gefühl von Trockenheit oder Brennen im Mund?	☐	☐
Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt?	☐	☐
Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch? Datum _____		
Was wurde gemacht?		
Wurde regelmäßig eine professionelle Zahnreinigung durchgeführt?	☐	☐

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

Erkrankungen des Herz-/Kreislaufsystems
(z.B. Herzinfarkt, Schlaganfall oder Gerinnungsstörung)
☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?

Erkrankungen der Leber
☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?

Erkrankungen der Niere
☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?

Erkrankungen der Atemwege
☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?

Erkrankungen von Magen/Darm
☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?

Erkrankungen des Nervensystems
☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?

Stoffwechselerkrankungen
(z.B. Diabetes mellitus Typ I oder Typ II)
☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?

Infektionskrankheiten	ja	nein
HIV-positiv/AIDS	☐	☐
Hepatitis A ••B ••C	☐	☐

Sonstige Erkrankungen
☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?

Schwangerschaft	ja	nein
Sind Sie schwanger?	☐	☐
Schwangerschaftswoche _____		

Allergien	ja	nein
☐	☐	☐

Wenn ja, welche?

Lokalanästhesie	ja	nein
Sind im Vorfeld Probleme bei der Lokalanästhesie (Spritze) aufgetreten?	☐	☐
Wenn ja, welche?		

Nikotin	ja	nein
Rauchen Sie?	☐	☐
Wenn ja, wie viel pro Tag?		

Medikamente	ja	nein
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	☐	☐
Wenn ja, welche?		

Datum

Unterschrift