



Anamnesebogen

Patient
Name
Vorname
Geb.-Datum
Geb.-Ort
Straße
PLZ / Ort
Tel.
Tel. G.
Mobil
E-Mail
Beruf

Versicherter*
Name
Vorname
Geb.-Datum
Geb.-Ort
Straße
PLZ / Ort
Tel.
Tel. G.
Mobil
E-Mail
Beruf

*Nur ausfüllen, wenn Sie in einer Familienversicherung mitversichert sind.

Gesetzl. Krankenkasse	Zusatzversicherung		
Private Krankenkasse	Beihilfe		Standardtarif

Allgemeinmedizin						
Hausarzt				Allergien	J	N
Blutdruck hoch	J	N	Welche?			
Blutdruck niedrig	J	N	Osteoporose	J	N	
Herzerkrankung	J	N	Tumorerkrankung	J	N	
Welche?			Welche?			
Herzschrittmacher	J	N	Besteht eine Schwangerschaft?	J	N	
Endokarditisprophylaxe	J	N	Medikamente	J	N	
Blutgerinnungsstörung (Blutverdünner)	J	N	Welche?			
Diabetes	J	N	Nehmen/haben sie Bisphosphonate eingenommen?	J	N	
Lungenerkrankung (Asthma)	J	N	Sonstige Krankheiten?	J	N	
Schilddrüsenerkrankung	J	N	Welche?			
Nierenerkrankung?	J	N				
Infektionskrankheit (z.B. Hepatitis, HIV)	J	N				
Welche?						

Zahnmedizin				
Vorbehandler (Zahnarzt)				
Was ist Ihr Hauptanliegen?				
Wurden Sie weiterempfohlen?	J	N		
Von wem?				
Gab es bei zahnärztlichen Behandlungen Probleme?	J	N		
Welche?				
Sind in den letzten sechs Monaten Röntgenaufnahmen von Ihren Zähnen gemacht worden?	J	N		



Spezielle Anamnese				
1. Mundhygiene				
Wie oft putzen Sie Ihre Zähne täglich?	weniger als 1-mal	1 bis 2-mal	-mal	
Wie lange putzen Sie Ihre Zähne?	weniger als 1 Min.	1 bis 2 Min.	Min.	
Mit welcher Zahnbürste putzen Sie?	Manuell (Hand)	Elektrisch	Schall	
Mit welcher Technik putzen Sie?	eher schrubbend	eher kreisend	Sonst.	
Haben Sie Zahnfleischbluten?	immer	selten	nie	
Haben Sie Mundgeruch?	immer	selten	nie	
Wie oft reinigen Sie Ihre Zahnzwischenräume?	täglich	gelegentlich	nie	
Haben Sie den Eindruck, dass Sie einen trockenen Mund (wenig Speichel) haben	täglich	gelegentlich		
Womit reinigen Sie Ihre Zahnzwischenräume?				
Welche Hilfsmittel verwenden Sie?				
2. Fluoridangebot				
Wie heißt Ihre Zahnpasta?				
Verwenden Sie fluoridiertes Speisesalz	J	N		
3. Ernährung				
Wie oft am Tag essen Sie zuckerhaltige Produkte?	2- bis 5-mal	über 5-mal		
Wie häufig trinken Sie über den Tag verteilt zuckerhaltige Getränke?	2- bis 5-mal	über 5-mal		
Haben Sie überempfindliche Zahnhälse?	J	N		
4. Rauchen				
Rauchen Sie?	J	N		
Haben Sie geraucht?	J	N		
5. Funktion				
Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?	J	N		
Haben Sie sonstige Angewohnheiten?	J	N		
Wie z. B. Zungenbeißen, Zungenpressen, Wangenbeißen oder Wangensaugen?				

Ich entbinde Dr. Spiekermann von der ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies im Zusammenhang mit der aktuellen zahnärztlichen Behandlung steht. Dies betrifft Konsil mit anderen Ärzten, Labor (bei Zahnersatz), Krankenkassen.	J	N
Datenschutz: Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes. Mit der Speicherung dieser Daten bin ich einverstanden.	J	N
Soweit es der Informationsbedarf der Erstattungsstelle eine Datenübermittlung im Sinne des Art.9 Abs.2 EU-DSGVO i.V.m §22 BDSG bzw. Art. 6 EU-DSGVO bedingen sollte, erkläre ich mich mit dieser einverstanden.	J	N
Ich bin damit einverstanden, dass zur Dokumentation der Behandlung Fotoaufnahmen gemacht werden dürfen.	J	N
Ich sage Behandlungstermine spätestens 48 Stunden vor dem vereinbarten Termin ab. Bei Nichterhaltung der Terminvereinbarung hat die Praxis einen Schadensanspruch (Az. 411 C3/17) an mich.	J	N

Datum

Unterschrift Patient