

# ANAMNESEBOGEN

Zahnarztpraxis Dr. Andreas Kirst  
Edison-Allee 11, 14469 Potsdam  
Tel. 0331 297610

www.zahnarzt-potsdam.com

**Name** \_\_\_\_\_  
**Straße** \_\_\_\_\_  
**Wohnort** \_\_\_\_\_  
**Geb.-Datum** \_\_\_\_\_  
**Telefon** \_\_\_\_\_  
**E-Mail-Adresse** \_\_\_\_\_

**Vorname** \_\_\_\_\_  
**Hausnr.** \_\_\_\_\_  
**PLZ** \_\_\_\_\_  
**Beruf** \_\_\_\_\_  
**Krankenkasse** \_\_\_\_\_  
**Zusatzversicherung** \_\_\_\_\_

## Angaben zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand (Zutreffendes bitte unterstreichen)

Waren Sie in den letzten 2 Jahren im Krankenhaus? Ja/ Nein  
Wenn ja, warum? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja/ Nein  
Wenn ja, wie heißen diese Medikamente? \_\_\_\_\_

**Haben Sie Herzerkrankungen?** Ja/ Nein  
Endokarditis Ja/ Nein  
Herzklappenersatz / Herzklappenfehler Ja/ Nein  
Zu hohen oder zu niedrigen Blutdruck Ja/ Nein hoch / niedrig  
Sonstige Erkrankungen? \_\_\_\_\_

**Haben Sie Blutgerinnungsstörungen?** Ja/ Nein

**Haben Sie Diabetes?** Wenn ja, welchen Typ? Ja/ Nein \_\_\_\_\_

**Bestehen Allergien?** Wenn ja, welche? Ja/ Nein \_\_\_\_\_

**Haben oder hatten Sie Hepatitis oder Tbc?** Ja/ Nein  
Wenn ja, welche Form und wann? \_\_\_\_\_

**Leiden Sie an Epilepsie?** Ja/ Nein

**Haben Sie Asthma?** Ja/Nein

**Haben Sie eine akute Infektionskrankheit?** Ja/ Nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Wurde ein HIV-Test gemacht?** Ja/ Nein  
Wenn ja, wann und mit welchem Ergebnis? \_\_\_\_\_

Sonstige Erkrankungen? \_\_\_\_\_

**Sind Sie Raucher?** Ja/ Nein

**Bei Frauen: Sind Sie schwanger?** Ja/ Nein

## Angaben zu Ihrer Zahngesundheit

Haben Sie aktuell Schmerzen Ja/ Nein  
- an Zähnen Ja/ Nein  
- am Zahnfleisch Ja/ Nein  
- am Kiefergelenk Ja/ Nein

Haben Sie in den vergangenen 2 Jahren Zahnersatz erhalten? Ja/ Nein

Möchten Sie unser Erinnerungs-System in Anspruch nehmen? Ja/ Nein

Bitte wenden

Was ist der Anlass Ihres Besuches in unserer Zahnarztpraxis? \_\_\_\_\_

Wodurch sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

Gibt es für Sie eine **betreuende Person**, die berechtigt ist, in Ihrem Namen Termine zu vereinbaren, Auskünfte einzuholen oder Einsicht in Ihre Patientenunterlagen zu erhalten?

Sollte dies der Fall sein, machen Sie dazu bitte folgende Angaben:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geb.-datum

\_\_\_\_\_  
Adresse

**Sollte bei mir eine Parodontose – Behandlung erforderlich werden, sind anschließend regelmäßige Kontrolluntersuchungen bzw. Prophylaxesitzungen – mindestens halbjährlich – für den Erfolg dieser Behandlung notwendig.**

**Termine werde ich rechtzeitig (mindestens 24 h vorher) absagen, um Ausfallzeiten zu vermeiden, die mir in Rechnung gestellt werden können.**

**Ich versichere durch Unterschrift, dass diese Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen.**

\_\_\_\_\_  
Potsdam, den

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten / der Patientin /  
des Erziehungsberechtigten / des Betreuers