

# Anamnesebogen für Erwachsene

## ALLARD VAN LUNTEREN ZAHNARZT

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen. Im Interesse Ihrer Behandlung bitten wir Sie, diesen Bogen auszufüllen, bei evtl. Fragen helfen wir gerne.

Name:	_____	Vorname:	_____
Geboren am:	_____		
Straße:	_____	PLZ/Wohnort:	_____
Beruf:	_____	Arbeitgeber:	_____
Tel. Nr. Privat:	_____	Geschäftlich:	_____
Handy:	_____	E-Mail:	_____
Krankenkasse:	_____	Versicherter:	_____
Vers. Geb.:	_____		

Warum haben Sie speziell unsere Praxis aufgesucht? (zufällig, auf Empfehlung von..., Homepage etc.)

---

	Ja	Nein
Haben Sie zur Zeit Zahnschmerzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind Ihre Zähne kalt/heiß empfindlich?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie Zahnfleischbluten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sollen wir an nächste Vorsorgetermine erinnern?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie schon ein Bonusheft erhalten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sollen wir Sie per email an Kontrolltermine erinnern?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Haben oder hatten Sie folgende Erkrankungen?

Herzerkrankungen	<input type="radio"/>	Kreislauf	<input type="radio"/>	Asthma	<input type="radio"/>
Marcumar	<input type="radio"/>	Immunschwäche (HIV)	<input type="radio"/>	Rheuma	<input type="radio"/>
Anfallsleiden	<input type="radio"/>	Bluterkrankungen	<input type="radio"/>	Diabetes	<input type="radio"/>
Lebererkrankungen	<input type="radio"/>	Herzschrittmacher	<input type="radio"/>	Schilddrüse	<input type="radio"/>
Magen/Darm	<input type="radio"/>	Lungenerkrankung	<input type="radio"/>	Nerven	<input type="radio"/>

Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft? Ja  Nein

Allergien? Welche: \_\_\_\_\_

Medikamente? Welche: \_\_\_\_\_

Name und Anschrift Ihres Hausarztes

---

Sind Sie mit der Stellung Ihrer Zähne zufrieden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Knirschen Sie mit den Zähnen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beißen Sie bei Ärger/Stress Ihre Zähne aufeinander?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind Sie mit der Farbe Ihrer Zähne zufrieden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie Angst beim Zahnarzt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wünschen Sie eventuell Behandlung mit Entspannungsmusik?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sollten größere Eingriffe mit Narkose vorgenommen werden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sind Sie an vorbeigenden Maßnahmen interessiert,  
die Karies und Parodontose verhüten?

 

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

.....  
**Einverständniserklärung zur Publikation von Fotos und zur Videodemonstration vor Fachpublikum**

Während der Zahnbehandlung werden oftmals Videoaufzeichnungen und Fotos erstellt, die auch für Publikationen und Fortbildungszwecke vorgesehen sein können. Hiermit erkläre ich als Erziehungsberechtigter mein Einverständnis, diese Bilder auch nicht anonymisiert zu veröffentlichen (Publikationen, Homepage) oder die Videoclips in Fortbildungsveranstaltungen vor Fachpublikum (Zahnärztinnen/Zahnärzte und Mitarbeiter/innen) vorzuführen.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift