



# ZAHNÄRZTEZENTRUM MARKGRÄFLERLAND

\_\_\_\_\_  
Patientennummer

## ANAMNESEBOGEN

**Herzlich willkommen in unserer Praxis!** Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sehr sorgfältig aus. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht StGB § 203 und den Bestimmungen des Datenschutzes. Sie dienen ausschließlich dazu, die zahnärztliche Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Bitte teilen Sie uns in Zukunft Veränderungen dieser Angaben rechtzeitig vor Behandlungsbeginn mit.

### PATIENT

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

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Geburtsort

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Wohnort

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Mobil

\_\_\_\_\_  
E-Mail

\_\_\_\_\_  
Beruf

\_\_\_\_\_  
Krankenkasse

\_\_\_\_\_  
Arbeitgeber

### VERSICHERTER (FALLS ABWEICHEND VOM PATIENTEN)

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

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Geburtsort

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Wohnort

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Mobil

\_\_\_\_\_  
E-Mail

\_\_\_\_\_  
Beruf

\_\_\_\_\_  
Krankenkasse

\_\_\_\_\_  
Arbeitgeber

### WIE SIND SIE VERSICHERT?

GKV (gesetzlich-pflichtversichert)  GKV (freiwillig)  PKV (privat)

### HABEN SIE EINE PRIVATE ZAHNZUSATZVERSICHERUNG?

Nein  Ja, Name der Versicherung \_\_\_\_\_

SIND SIE BEIHILFEBERECHTIGT?  Ja  Nein

### WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?

auf Empfehlung von \_\_\_\_\_  Website \_\_\_\_\_

Suchmaschine \_\_\_\_\_  Empfehlungsportal (z. B. Jameda) \_\_\_\_\_

Sonstige (Telefonbuch, Anzeige etc.) \_\_\_\_\_

**Liebe Patientin, lieber Patient,** sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, so informieren Sie uns bitte mindestens 24 Stunden vorher darüber. Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass für nicht rechtzeitig abgesagte Termine oder unentschuldigtes Fernbleiben die entgangene und kostenverursachende Arbeitszeit in Rechnung gestellt werden kann.

**BITTE WENDEN!**

## GESUNDHEITSFragen

Wegen welcher Krankheit werden oder wurden Sie behandelt? Bitte ausfüllen oder ankreuzen.

### HERZ-KREISLAUFERKRANKUNGEN

Ja  Nein

- Herzschwäche (Insuffizienz)
- Herzklappenersatz/-fehler
- Herzasthma, Angina pectoris
- Herzschrittmacher
- Endokarditis
- Bluthochdruck
- Gerinnungsstörung

Sonstige: \_\_\_\_\_

### STOFFWECHSELERKRANKUNGEN

Ja  Nein

- Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)

Sonstige: \_\_\_\_\_

### AUGENERKRANKUNGEN

Ja  Nein

- Grüner Star (Glaukom)

Sonstige: \_\_\_\_\_

### ERKRANKUNGEN DES NERVENSYSTEMS

Ja  Nein

(z. B. Depressionen, Epilepsie / Krampfleiden)

- Zahnarztängste

Sonstige: \_\_\_\_\_

### ERKRANKUNGEN DER ATEMWEGE

Ja  Nein

- Schlafapnoe / Schnarchen
- Asthma

Sonstige: \_\_\_\_\_

### ALLERGIE / ÜBEREMPFLINDLICHKEIT

Ja  Nein

- gegen Medikamente (z. B. Penicillin, Schmerzmittel)
- Latex  Jod  Spritze / Lokalanästhesie  Metalle

Sonstige: \_\_\_\_\_

Besitzen Sie einen Allergiepass?

Ja  Nein

### INFEKTIONSKRANKHEITEN

Ja  Nein

- Hepatitis (Leberentzündung, Gelbsucht)
- Tuberkulose
- AIDS / HIV

Sonstige: \_\_\_\_\_

### TUMORERKRANKUNGEN

Ja  Nein

Welche? \_\_\_\_\_

- Bestrahlung im Kopf- / Halsbereich, Chemotherapie

Sonstige: \_\_\_\_\_

### RAUCHEN SIE?

Ja  Nein

Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag ca.? \_\_\_\_\_

### WELCHE MEDIKAMENTE NEHMEN SIE REGELMÄSSIG EIN?

- Blutverdünnende Medikamente

Sonstige: \_\_\_\_\_

### NEHMEN ODER NAHMEN SIE

BISPHOSPHONATE EIN?

Ja  Nein

Wenn ja, welche und wie? \_\_\_\_\_

### FÜR FRAUEN:

BESTEHT EINE SCHWANGERSCHAFT?

Ja  Nein

Wenn ja, SSW: \_\_\_\_\_

Sind Sie z. Zt. wegen einer der Krankheiten in ärztlicher Behandlung, nennen Sie uns bitte Namen und Adresse des behandelnden Arztes / Hausarztes:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Zahnfleischerkrankungen in der Familie

Ja  Nein

Tragen Sie eine Zahnschiene / Schnarchschiene

Ja  Nein

Hatten Sie bereits eine Zahnfleischbehandlung

Ja  Nein

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Wann wurden Sie das letzte Mal im Bereich der Zähne geröntgt?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift des Patienten oder des gesetzlichen Vertreters

Für Kinder: beide Elternteile müssen unterschreiben

Dr. V. **Meßmer**  
Dr. M. **Brunner**  
Dr. V. **Mittelberger**

Werderstraße 44a  
79379 Müllheim  
T 07631.12272

Lindenplatz 1  
79423 Heitersheim  
T 07634.341980

F 07631.170140

mail@zz-m.info

[www.zz-m.info](http://www.zz-m.info)

**GUT BEHANDELT.**