

**Sehr geehrter Patient,  
wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen.**

Im Interesse Ihrer Behandlung bitten wir Sie, diesen Bogen vollständig auszufüllen. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne.  
Sollten sich in Zukunft Änderungen zu Ihren Angaben ergeben, teilen Sie uns dies bitte umgehend mit.

**ANAMNESEBOGEN / ERHEBUNGSBOGEN  
ZAHNARZTPRAXIS SCHRETZMAIR, HACHENBURG**

**ALLGEMEINE ANGABEN**

**Patient:** Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_ Geschlecht:  weibl.  männl.

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ beruflich: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Versicherung: \_\_\_\_\_ Beihilfeberechtigt

  

**Versicherter:** Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_ Geschlecht:  weibl.  männl.

  

**Ihr Hausarzt:** Name: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

**GESUNDHEITSFragen**

**Ihr Hauptanliegen:** \_\_\_\_\_

**Auf wessen Empfehlung kommen Sie?** \_\_\_\_\_

**Wann und was war Ihre letzte Zahnbehandlung?** \_\_\_\_\_

- Haben Sie zur Zeit Zahnschmerzen?
- Knackt Ihr Kiefergelenk beim Kauen oder Gähnen?
- Haben Sie Kopf- oder Nackenschmerzen?
- Bemerken Sie Erkrankungen des Zahnfleisches?
- Sind Sie mit der Ästhetik Ihrer Zähne zufrieden?
- Sonstiges \_\_\_\_\_

**Medizinische Befunderhebung** ja

**Haben oder hatten Sie folgende Krankheiten:**

- Herzerkrankung .....
- Herzschrittmacher .....
- Immunschwäche (HIV+) .....
- Rheuma .....
- Lebererkrankungen (Hepatitis) .....
- Allergien .....
- Medikamente .....
- Kreislauferkrankungen .....
- Blutverdünnung (Marcumar) .....
- Diabetes .....
- Asthma .....
- Schwangerschaft ( \_\_\_\_\_ Monat) .....
- weitere \_\_\_\_\_
- weitere \_\_\_\_\_

**Sonstiges:** \_\_\_\_\_

**Beratung** ja

**Wünschen Sie eine besondere Beratung über:**

- Karies-Vermeidung .....
- Parodontal-Behandlung .....
- Amalgam-Entfernung /  
Quecksilber-Ausleitung .....
- Kiefergelenk-Behandlung .....
- Zahnfarbene Keramik-Füllungen .....
- Hochwertigen Zahnersatz .....
- Implantate .....
- Ästhetische Zahnheilkunde (Veneers etc.) .....

**Sonstiges:** \_\_\_\_\_

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz. Ihre Daten werden in unserer praxisinternen EDV gespeichert. Die Weitergabe an Dritte (Röntgenbilder, Patientendaten für Behandlung in Sedierung oder Daten für das Labor zur Untersuchung von histologischem Material) erfolgt mit Ihrem Einverständnis. Wir versuchen, die Wartezeiten so gering wie möglich zu halten und bitten um Verständnis, dass nicht abgesagte bzw. nicht eingehaltene Termine entsprechend der Termindauer in Rechnung gestellt werden müssen. **Ich bestätige die Kenntnisnahme, mein Einverständnis und die Richtigkeit der von mir gemachten Angaben:**

**Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter:** \_\_\_\_\_