

**Prof. Dr. Jöhren**

**Dr. Gloger**

**Dr. Späth**

**Dr. Lindner**

## Anamnesebogen

Patient Herr/Frau      Name \_\_\_\_\_      Vorname \_\_\_\_\_      geb. \_\_\_\_\_

Mitglied/Versicherter      Name \_\_\_\_\_      Vorname \_\_\_\_\_      geb. \_\_\_\_\_

Anschrift      Straße/Nr. \_\_\_\_\_      PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_      Mobil \_\_\_\_\_      Email \_\_\_\_\_

Beruf/Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_      beihilfeberechtigt       freiwillig versichert

privat zusatzversichert       Standardtarif versichert       keine Versicherung

Ärzte, bei denen Sie in ständiger Behandlung sind \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?      Empfehlung       Internet       Telefonbuch

### Haben Sie eine der folgenden Erkrankungen?

Ja      Nein

Herz-, Kreislauf-, Gefäßerkrankungen?           

Ist ein Herzschrittmacher implantiert?           

Asthma?           

Bluterkrankungen (z.B. abnorme Blutungsneigung)?           

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

Diabetes?           

Augenerkrankungen?           

Schilddrüsenleiden?           

Allergien?           

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

Infektionserkrankungen (z.B. Gelbsucht, Hepatitis, Tuberkulose, HIV, Aids)?           

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

Autoimmunerkrankung (z.B. Rheuma)?           

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

Innere Organe (z.B. Leber, Niere)?           

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

Nervleiden (z.B. Depressionen, Epilepsie)?           

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

Sind weitere Erkrankungen bekannt, die hier nicht erwähnt wurden?

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

### Allgemeine Situation

Ja      Nein

Besteht eine Schwangerschaft?           

Konsumgewohnheiten (z.B. Rauchen, Alkohol, sonstige Drogen)?           

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

Leiden Sie oft an Kopfschmerzen oder Verspannungen im Gesicht/Nackenbereich?           

Sind Sie häufig nervös oder stressanfällig?           

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?           

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

Überempfindlichkeitsreaktionen/Unverträglichkeiten gegen bestimmte Medikamente?           

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

Sind Sie pflegebedürftig?           

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

Haben Sie Angst vor der Zahnbehandlung?           

Wenn ja, machen Sie bitte einen Strich auf der Skala:

wenig \_\_\_\_\_ viel

Bitte teilen Sie uns jede Änderung des Gesundheitszustandes, von Medikamenteneinnahme und bei Frauen eine eventuelle Schwangerschaft mit!

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der obigen Angaben.

\_\_\_\_\_  
Datum + Unterschrift Patient/gesetzlicher Vertreter