

# Anamnesebogen

Sehr geehrter Patient/in,

auch Allgemeinerkrankungen haben Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung.

Wir bitten Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Da er Ihren persönlichen Unterlagen beigelegt wird, ist es wichtig, dass Sie Ihren vollständigen Namen eintragen. Bitte beachten Sie, dass Ihre Angaben auf das Strengste der ärztlichen Schweigepflicht in unserer Praxis unterliegen. Sie dient ausschließlich dazu, unserer Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Zum Teil ist die Erhebung auch gesetzlich vorgeschrieben.

## PATIENTENDATEN

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ Wohnort	Mobil
E-Mail-Adresse		
Hausarzt		
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Grad:
Zusatzversicherung	Pflegegrad	

## Medizinische Vorgeschichte

ja nein

- Sind sie in ärztlicher Behandlung? .....  ja  nein  
 Falls ja, welche? \_\_\_\_\_
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? .....  ja  nein
- Haben sie einen Medikamentenplan? .....  ja  nein
- Haben Sie Allergien? Besitzen sie einen Allergiepass? .....  ja  nein  
 Falls ja, welche? \_\_\_\_\_
- Hatten Sie in der Vergangenheit schwerwiegende Krankheiten oder Operationen? .....  ja  nein  
 Falls ja, welche? \_\_\_\_\_
- Haben sie Knie-, Schulter- oder Hüftprothesen? .....  ja  nein
- Leiden sie unter Herz oder Kreislauferkrankungen? z.B.: Bluthochdruck, Vorhofflimmern, Herz Op .....  ja  nein
- Haben sie eine Stoffwechselerkrankung? z.B. Diabetes, Schilddrüse, Gicht.....  ja  nein
- Wie hoch ist Ihr aktueller HbA1C Wert (Langzeitzucker)? \_\_\_\_\_
- Haben oder hatten sie Infektionskrankheiten? z.B.: Hepatitis A,B,C, Tuberkulose, Corona? .....  ja  nein  
 Falls ja, welche? \_\_\_\_\_
- Leiden sie unter Erkrankungen des Bewegungsapparates oder des Nervensystems .....  ja  nein  
 z.B. Rheuma, Arthrose, Osteoporose, Parkinson, Alzheimer? Falls ja, welche? \_\_\_\_\_

## Zahnmedizinische Vorgeschichte

ja nein

- Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch / Vorbehandler? \_\_\_\_\_
- Blutet Ihr Ihr Zahnfleisch beim Zähneputzen? .....  ja  nein
- Haben Sie Empfindlichkeiten gegenüber kalten, heißen oder süßen Speisen/Getränken? .....  ja  nein
- Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen? .....  ja  nein

**bitte wenden**

## Lebensgewohnheiten

ja nein

- Rauchen Sie? .....  ja  nein
- Trinken Sie regelmäßig Alkohol? .....  ja  nein
- Wie häufig putzen Sie Ihre Zähne?      Einmal täglich    Zweimal täglich    Mehr
- Verwenden Sie Zahnseide? .....  ja  nein

## Einverständniserklärung

Ich bestätige, dass die oben gemachten Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind. Ich willige ein, dass die Zahnarztpraxis meine medizinischen Daten gemäß den geltenden Datenschutzbestimmungen speichert und verarbeitet.

ja nein

- Ich stimme dem Recall-System der Praxis Brügger zu .....  ja  nein  
Per SMS oder E-Mail

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

***Vielen Dank für Ihre Angaben***

Haben Sie Fragen? Sprechen sie uns gerne an. Oder notieren sie sie hier:

Vom Arzt auszufüllen:

Dr. Peter & Annette  
**BRÜGGER**  
Zahnarztpraxis St.Katharinen  
Notscheider Straße 15  
53562 St. Katharinen  
Fon 0 26 45 / 97 10 47  
Fax 0 26 45 / 97 10 48  
info@praxis-bruegger.de  
www.praxis-bruegger.de