

ANAMNESEBOGEN

Herzlich willkommen in unserer Praxis,

um Ihnen die bestmögliche zahnmedizinische Behandlung zukommen zu lassen,
bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen.

Name	_____	Telefon privat	_____
Vorname	_____	geschäftlich	_____
geboren am	_____	mobil	_____
Geburtsort	_____	E-Mail	_____
Straße & Hausnummer	_____	Beruf	_____
PLZ & Wohnort	_____	Krankenkasse	_____
		Zusatzversicherung	_____

Welches besondere Anliegen führt Sie zu uns?
 Kontrolluntersuchung
 Schmerzen
 Fragen / Zweitmeinung

Sonstiges _____

Sind Sie zur Zeit oder auch regelmäßig in
ärztlicher Behandlung? nein ja

Bei welchem Arzt, ggf. wegen welcher
Behandlung? _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig
ein?
Seit wann? _____

Allergien gegen Medikamente, andere Stoffe?
 nein ja

Gegen _____
(Allergiepass bitte vorlegen)

Haben Sie Bisphosphonate (z.B. Alendronsäure)
eingenommen? nein ja

Wann? _____

Wann wurden zuletzt Ihre Zähne geröntgt?

am _____ bei _____
(Röntgenpass bitte vorlegen)

Sind Sie schwanger? nein ja

Rauchen Sie? nein ja
Wie viele ca.? _____

Sollen wir Sie an Ihre Vorsorgetermine
erinnern? nein ja

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?
