

Füllen Sie diesen Fragebogen bitte online aus oder laden Sie ihn herunter und schicken Sie ihn dann ausgefüllt per Mail an [info@zahnfuerst.at](mailto:info@zahnfuerst.at). Danke.

## Patienten Anamnese-Bogen

Termine bitte pünktlich einhalten! Termin-änderungen oder -absagen bitte mindestens 24 Stunden vorher bekanntgeben!

### ① Patient

Anrede: \_\_\_\_\_  
Titel: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
Sozialvers. Nr.: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Tel. Privat: \_\_\_\_\_  
Mobil-Tel: \_\_\_\_\_  
e-Mail: \_\_\_\_\_  
Arbeitgeber: \_\_\_\_\_  
Tel. Firma: \_\_\_\_\_

Zahnzusatzversicherung

Versicherungsgesellschaft: \_\_\_\_\_

Polizzenummer: \_\_\_\_\_

Zusatzversicherung

Versicherungsgesellschaft: \_\_\_\_\_

Polizzenummer: \_\_\_\_\_

### ② Versicherter (nur ausfüllen, wenn Patient ein Angehöriger ist)

Anrede: \_\_\_\_\_  
Titel: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
Sozialvers. Nr.: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Tel. Privat: \_\_\_\_\_  
Mobil-Tel: \_\_\_\_\_  
e-Mail: \_\_\_\_\_  
Arbeitgeber: \_\_\_\_\_  
Tel. Firma: \_\_\_\_\_

### ③ Nennen Sie bitte den Grund Ihres Besuches in unserer Ordination

Implantate  Komplettsanierung  Mundhygiene   
Parodontalbehandlung  Lasertherapie  Kontrolle

Wurden Sie überwiesen? Ja  Nein

Name des Überweisers: \_\_\_\_\_

Wurde Ihnen unsere Ordination empfohlen? Ja  Nein

Von wem? \_\_\_\_\_

**4 Zahnärztliche Anamnese**

- Haben Sie Schmerzen? Ja  Nein   
 wo: \_\_\_\_\_
- Waren Sie im letzten Jahr beim Zahnarzt? Ja  Nein   
 Haben Sie Probleme beim Kauen? Ja  Nein   
 Möchten Sie das Aussehen Ihrer Zähne verbessern? Ja  Nein   
 Haben Sie Beschwerden in den Kieferhöhlen? Ja  Nein   
 Gibt es Probleme mit Ihrem Kiefergelenk? Ja  Nein

**5 Allgemeine Anamnese**

- Waren Sie in den letzten Jahren in ärztlicher Behandlung? Ja  Nein   
 Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Ja  Nein   
 Bluten Sie lange nach chirurgischen bzw. zahnärztlichen Eingriffen? Ja  Nein   
 Haben Sie eine Allergie oder eine Unverträglichkeit? Ja  Nein

Bitte kreuzen Sie jene Medikamente bzw. Stoffe an, auf die Sie allergisch reagieren!

- |                      |                          |                            |                          |
|----------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| Penicillin           | <input type="checkbox"/> | Lokalanästhetika (Spritze) | <input type="checkbox"/> |
| Aspirin, Paracetamol | <input type="checkbox"/> | Jod                        | <input type="checkbox"/> |
| Latex                | <input type="checkbox"/> | Metalle (Amalgam, Gold)    | <input type="checkbox"/> |

andere Medikamente: \_\_\_\_\_

**6 Bitte geben Sie an, wenn eine dieser Krankheiten/Diagnosen auf Sie zutrifft!**

- Hoher Blutdruck (Hypertonie)
- Herzerkrankungen (Angina, Herzfehler, Klappenersatz)
- Magen- und Darmerkrankung
- Osteoporose
- Diabetes mellitus
- Tuberkulose (Tbc) Hepatitis
- HIV (AIDS)
- Schlaganfall
- Anfallsleiden (Epilepsie)
- Asthma
- Gelenkerkrankungen
- Strahlen- oder Chemotherapie
- Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?
- Nikotin? Zigaretten/ Tag \_\_\_\_\_

Andere Krankheiten: \_\_\_\_\_

Hiermit bestätige ich, dass der Anamnese-Bogen richtig und vollständig ausgefüllt wurde und dass eventuell einige Leistungen nicht oder nur teilweise durch die Krankenkasse ersetzt werden.

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