

## Allgemeine Anamnese

Patient  
Herr/Frau

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Versicherter  
Herr/Frau

Name

Vorname

Geb.-Datum

Straße

Nr.

Postleitzahl

Ort

Festnetz

Handynummer

Email-Adresse

Versicherung

Name der Krankenkasse

letzter behandelnder  
Zahnarzt

Name, Anschrift Telefon

Hausarzt

Name, Anschrift, Telefon

beihilfeberechtigt

JA

NEIN

Zahnezusatz versichert

JA

NEIN

Möchten Sie regelmäßig per **Email** an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnert werden?

JA

NEIN

Wann wurden Sie ca. zuletzt zahnärztlich geröntgt?

Meine besonderen Wünsche an die Zahnärztin:

### Einverständnis zur elektronischen Datenübermittlung der Röntgenbilder

Hiermit erkläre ich mich mit der elektronischen Datenübermittlung meiner Röntgenbilder und Befunddaten im Bedarfsfall durch die Praxis Bregenzer & Schulz-Hoffmann einverstanden.

Datum

Unterschrift

## Gesundheitsanamnese

### Allgemeine Situation

Allergien JA NEIN  
ggf. welche?

---

Sind Sie in ärztlicher Behandlung JA NEIN  
Weshalb?

---

Herzerkrankungen JA NEIN  
ggf. welche?

---

Hoher/niedriger Blutdruck JA NEIN

Leber- oder Nierenerkrankungen JA NEIN

Blutgerinnungsstörungen JA NEIN  
z. B. verlängerte Blutung bei Schnittwunden oder Operationen/Infektionen

Infektionen JA NEIN  
z. B. Hepatitis, Tuberkulose, AIDS

Alkohol-/Drogen-/Nikotinkonsum JA NEIN

Zuckerkrankheit (Diabetes) JA NEIN

Asthma JA NEIN

Augenerkrankungen JA NEIN  
z. B. Star

Bisphosphonat-Therapie JA NEIN  
Weshalb?

---

**Pflegegrad** JA NEIN

Besteht eine Schwangerschaft? UNGEWISS JA NEIN  
ggf. wievielte Woche? \_\_\_\_\_

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

### Zahn-Mund-Situation

Zahnfleischbluten JA NEIN

Geräusche im Kiefergelenk JA NEIN

Schmerzen am Kopf/Nacken JA NEIN

Tragen Sie Zahnersatz? JA NEIN  
seit wann? \_\_\_\_\_