

# ZAHNÄRZTLICHER ANAMNESEBOGEN

\_\_\_\_\_  
Patientennummer:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Bitte füllen Sie diesen Bogen sorgfältig aus, damit wir Ihre Wünsche bestmöglich berücksichtigen können. Auch allgemeine Erkrankungen sind für die zahnärztliche Behandlung wichtig. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Informationen zum Datenschutz finden Sie auf unserer Homepage oder im Wartebereich.

Ihr Praxisteam – Zahnwerk am Wieter



\_\_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

☐ Ich wünsche den Rechnungsversand per E-Mail.

\_\_\_\_\_  
Beruf (optional): \_\_\_\_\_ Hausärztin / Hausarzt: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Sind Sie als Privatpatient/in: \_\_\_\_\_ Sind Sie: \_\_\_\_\_  
☐ beihilfeberichtigt ☐ zusatzversichert?  
☐ oder im Basistarif versichert?

Wenn Patient/in und Versicherungsnehmer/in (z. B. bei Kindern) nicht identisch sind, bitte folgende Daten des/der Versicherungsnehmer/in angeben:

\_\_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Straße (falls abweichend von oben): \_\_\_\_\_ PLZ, Ort (falls abweichend von oben): \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

☐ Persönliche Empfehlung ☐ Internet- / Google-Suche ☐ Sonstiges: \_\_\_\_\_

## MUNDGESUNDHEITSSITUATION (Bitte kreuzen Sie an, was auf Sie zutrifft.)

- ☐ Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?
- ☐ Haben Sie Zahnfleischprobleme?
- ☐ z. B. Blutungen beim Zähneputzen?
- ☐ Oder Zahnfleischrückgang?
- ☐ Leiden Sie unter Mundgeruch?
- ☐ Leiden Sie unter einem schlechten Geschmack im Mund?
- ☐ Sind Sie mit der Stellung, Farbe und Form Ihrer Zähne unzufrieden?

Bitte weiter auf Seite 2

Hindenburgstraße 12, 37154 Northeim, 05551 2500, praxis@zahnwerk-am-wieter.de  
PRAXISZEITEN Mo 8 – 17 | Di 8 – 19 | Mi 8 – 16 | Do 8 – 17 | Fr 8 – 12 Uhr

[zahnwerk-am-wieter.de](https://www.zahnwerk-am-wieter.de)

Senden Sie den ausgefüllten Bogen vorab an [praxis@zahnwerk-am-wieter.de](mailto:praxis@zahnwerk-am-wieter.de) oder bringen Sie ihn ausgedruckt zum Termin mit.

# GESUNDHEITSFRAGEN

\_\_\_\_\_  
Patientennummer:

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen nach bestem Wissen und kreuzen Sie an, was auf Sie zutrifft.

\_\_\_\_\_  
Name: Geburtsdatum: \_\_\_\_\_



- ☐ Haben Sie Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z. B. Herzfehler, Herzklappen, Herzinfarkt)?
- ☐ Haben Sie einen Herzschrittmacher oder Defibrillator?
- ☐ Leiden Sie an Bluthochdruck?
- ☐ Haben Sie eine Lungenerkrankung (z. B. Asthma, COPD)?
- ☐ Haben Sie Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)?
- ☐ Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung?
- ☐ Haben Sie eine Leber- oder Nierenerkrankung?
- ☐ Leiden Sie an einer Blutgerinnungsstörung?
- ☐ Nehmen Sie Blutverdünner ein (z. B. Marcumar, ASS, Xarelto)?
- ☐ Haben Sie Osteoporose?
- ☐ Nehmen Sie Medikamente gegen Osteoporose (z. B. Bisphosphonate)?
- ☐ Leiden Sie an Rheuma oder einer Autoimmunerkrankung?
- ☐ Haben Sie Tumorerkrankungen?
- ☐ Haben Sie neurologische Erkrankungen (z. B. Epilepsie, Schlaganfall)?
- ☐ Haben oder hatten Sie Infektionskrankheiten (z. B. Hepatitis B/C, HIV)?
- ☐ Für unsere Patientinnen: Sind Sie schwanger?
- ☐ Rauchen Sie?
- ☐ Haben Sie ein künstliches Gelenk (Endoprothese)?  
wenn ja, welches Gelenk? \_\_\_\_\_ seit wann? \_\_\_\_\_
- ☐ Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  
wenn ja, bitte auflisten:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- ☐ Bisherige zahnärztliche Betäubungen wurden gut vertragen.

Haben Sie Allergien oder Unverträglichkeiten gegen:

- ☐ Medikamente (z. B. Antibiotika) ☐ Lokalanästhetika ☐ Latex ☐ Metalle ☐ Sonstiges: \_\_\_\_\_

Gibt es weitere Erkrankungen oder Besonderheiten, die für uns wichtig sind?

\_\_\_\_\_

## TERMINERINNERUNG / RECALL (Bitte ankreuzen, falls gewünscht.)

- |                                       |                                       |                                      |
|---------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| Kontrolle:                            | Zahnreinigung:                        | Benachrichtigung:                    |
| <input type="checkbox"/> halbjährlich | <input type="checkbox"/> halbjährlich | <input type="checkbox"/> per E-Mail  |
| <input type="checkbox"/> jährlich     | <input type="checkbox"/> jährlich     | <input type="checkbox"/> per Telefon |

Für Ihren Termin ist die Zeit ausschließlich für Sie reserviert. Bitte sagen Sie daher mindestens 24 Stunden vorher ab, falls Sie verhindert sind. So können wir die Zeit anderen Patientinnen und Patienten anbieten und längere Wartezeiten vermeiden. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben, habe die Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen und bin mit der Verarbeitung meiner Daten einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Patientin / Patient