



# Zahnarztpraxis

Dr.med.dent.Ziata-Otto

## ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient,  
damit wir die zahnärztliche Behandlung Ihrem Gesundheitszustand optimal anpassen können, bitten wir Sie,  
diesen Fragebogen sorgfältig auszufüllen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

### Persönliches

Name, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
Straße	PLZ, Ort	
Telefon Festnetz / Privat	Telefon Arbeit	Handy
Email	Beruf / Arbeitgeber	

### Versicherung

Krankenkasse

<input type="checkbox"/> Gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> Privat versichert	
<input type="checkbox"/> Zahnzusatzversicherung	<input type="checkbox"/> Freiwillig versichert	<input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigt

Nur bei Kindern oder Familienversicherten: Bitte hier Name und Geburtsdatum des Hauptversicherten eintragen.

### Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

<input type="checkbox"/> Empfehlung	<input type="checkbox"/> Internet	<input type="checkbox"/> Anzeige:
<input type="checkbox"/> Google	<input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="checkbox"/> Arztbewertungsportal:

Wir bieten Ihnen den Service einer Bestellpraxis. Das bedeutet, dass Ihre Termine individuell für Sie reserviert sind und wir Ihnen dadurch möglichst kurze Wartezeiten ermöglichen können.

**Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie, diesen bis spätestens 24 Stunden vorher abzusagen.**

Zahnarztpraxis  
Dr. Kleopatra Ziata-Otto  
Luitpoldstraße 22  
82152 Krailling

Tel.: 089/8598059  
Fax: 089/55052409  
www.zahnarztpraxis-krailling.de  
info@zahnarztpraxis-krailling.de



## Allgemeine Gesundheitssituation

	Ja	Nein
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzklappenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzpass	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn ja, welche:

---

Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lichen ruber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhöhter Augendruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Erkrankungen:		

Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wieviel am Tag?		

Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche Woche?		

Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige:		

	Ja	Nein
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfalls-Krampfleiden (z.B. Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Allergien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Penicillin, Zahnärztliche Betäubung, Latex, Kunststoffe, Duftstoffe, ...

Allergiepass	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, bei wem:		

Nehmen Sie Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche:		

<input type="checkbox"/> Herzmedikamente:	
<input type="checkbox"/> Cortison:	
<input type="checkbox"/> Schmerzmittel:	
<input type="checkbox"/> Antidepressiva:	
<input type="checkbox"/> Blutverdünnende Medikamente (z.B. ASS, Marcumar, Plavix, Xarelto, ...)	

<input type="checkbox"/> Antiresoptiva (Bisphosphonate, Denosumab)	
z.B. Etidronat, Zometa, Fosamax, Actonel, Prolia, XGEVA, ...	

<input type="checkbox"/> Sonstige Medikamente:	
--	--

## Mundgesundheitsituation

Welches Anliegen führt Sie in unsere Praxis?

<input type="checkbox"/> Vorsorgeuntersuchung	<input type="checkbox"/> Beratung	<input type="checkbox"/> Schmerzbehandlung
<input type="checkbox"/> Neuer Zahnersatz	<input type="checkbox"/> Überweisung	<input type="checkbox"/> Sonstiges:

Ja Nein

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sind Sie mit der Stellung, Farbe und Form Ihrer Zähne zufrieden?
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen?
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Schnarchen Sie?
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Haben Sie Zahnfleischprobleme? Blutungen beim Zähneputzen? Zahnfleischrückgang?
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund?
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig professionell gereinigt?
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Dürfen wir Ihnen Praxis-Neuigkeiten per Email oder Post zusenden?

Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift

Ort, Datum, Unterschrift (Bei Minderjährigen Erziehungsberechtigte/r)