

Anamnesebogen – Zahnärztliche Erstuntersuchung

(Bitte in Druckschrift ausfüllen – alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht)

1. Persönliche Daten

Feld	Angabe
Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Adresse	
Telefon / Mobil	
E-Mail	
Krankenkasse / Versicherung	
Versichertennummer	
Hausarzt (Name, Ort)	

2. Allgemeiner Gesundheitszustand

Fühlen Sie sich zurzeit gesund? ☐ Ja ☐ Nein

Waren Sie in den letzten 12 Monaten in ärztlicher/stationärer Behandlung?

☐ Nein ☐ Ja, weshalb: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

☐ Nein ☐ Ja, welche: _____

Bestehen Allergien (z. B. gegen Medikamente, Latex, Metalle, Lokalanästhetika)?

☐ Nein ☐ Ja, welche: _____

3. Erkrankungen (bitte ankreuzen)

Erkrankung	Ja	Nein	Bemerkung
Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z. B. Bluthochdruck, Herzinfarkt)	☐	☐	
Herzklappenfehler / künstliche Herzklappe	☐	☐	
Endokarditis-Risiko	☐	☐	
Blutgerinnungsstörungen / Bluterkrankheit	☐	☐	
Einnahme von Blutverdünnern (z. B. Marcumar, ASS)	☐	☐	
Diabetes mellitus	☐	☐	
Lebererkrankungen (z. B. Hepatitis)	☐	☐	
Nierenerkrankungen	☐	☐	
Infektionskrankheiten (z. B. HIV, Tbc)	☐	☐	
Epilepsie	☐	☐	

Osteoporose / Bisphosphonat-Therapie	☐	☐	
Krebserkrankung / Chemo- oder Strahlentherapie	☐	☐	
Schilddrüsenerkrankung	☐	☐	
Asthma / Atemwegserkrankungen	☐	☐	
Rheumatische Erkrankungen	☐	☐	

4. Operationen / Krankenhausaufenthalte

☐ Nein ☐ Ja, welche und wann: _____

5. Blutungsneigung

Neigen Sie zu verstärkter Blutung (z. B. bei Verletzungen, Zahnextraktionen)?

☐ Nein ☐ Ja

6. Schwangerschaft / Stillzeit (*falls zutreffend*)

☐ Nicht zutreffend ☐ Schwangerschaft (SSW: ____) ☐ Stillzeit

7. Genussmittel

Rauchen Sie? ☐ Nein ☐ Ja, Anzahl/Tag: ____

Alkoholkonsum? ☐ Nein ☐ Gelegentlich ☐ Regelmäßig

8. Zahnärztliche Vorgeschichte

- Letzter Zahnarztbesuch: _____
- Bekannte Probleme mit Betäubungen (z. B. Herzrasen, Übelkeit): ☐ Nein ☐ Ja
- Neigung zu Zahnfleischbluten: ☐ Nein ☐ Ja
- Knirschen / Pressen der Zähne (Bruxismus): ☐ Nein ☐ Ja
- Aktuelle Beschwerden / Schmerzen: _____

9. Einwilligungserklärung

Ich versichere, dass ich alle Angaben nach bestem Wissen und Gewissen vollständig und wahrheitsgemäß gemacht habe. Ich verpflichte mich, Änderungen meines Gesundheitszustandes unaufgefordert mitzuteilen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten im Rahmen der Behandlung gemäß DSGVO gespeichert und verarbeitet werden.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Patient/-in: _____

Unterschrift ggf. gesetzl. Vertreter: _____