

**Zahnärztin am See - Dr. Marcelle Bogéa**  
**Linzgastr. 32**  
**88690 Uhdingen-Mühlhofen**

**Anamnesebogen**

Vor-und Zuname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
Telefon privat: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_  
Versichertenstatus: \_\_\_\_\_ Privatrechnung an: \_\_\_\_\_  
Hausarzt (Name und Adresse): \_\_\_\_\_

**Allgemeine Angaben**

Alkoholgenuss ( ) nein ( ) selten ( ) regelmäßig  
Drogenkonsum ( ) nein ( ) selten ( ) regelmäßig  
Nikotingenuss ( ) nein ( ) selten ( ) regelmäßig  
Schwangerschaft ( ) nein ( ) ja welcher Monat: \_\_\_\_\_  
Datum der letzten Zahn-Röntgenaufnahme (Fremdpraxen): \_\_\_\_\_

**Erkrankungen**

**Wenn ja, bitte näher erläutern.**

Herz- und Kreislauferkrankung ( ) nein ( ) ja \_\_\_\_\_  
Herzschrittmacher ( ) nein ( ) ja \_\_\_\_\_  
Blutdruck ( ) nein ( ) ja \_\_\_\_\_  
Blutgerinnungsstörung ( ) nein ( ) ja \_\_\_\_\_  
Infektionskrankheit ( ) nein ( ) ja \_\_\_\_\_  
Allergie, Asthma, Unverträglichkeit ( ) nein ( ) ja \_\_\_\_\_  
Stoffwechselkrankheit (Diabetes) ( ) nein ( ) ja \_\_\_\_\_  
Immundefekt (zB. Aids, Hepatitis) ( ) nein ( ) ja \_\_\_\_\_

Sonstige Erkankungen: \_\_\_\_\_

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

**Bitte wenden!**

### Allgemeine Fragen

Haben Sie Angst vor dem Zahnarzt?      ( ) nein      ( ) ja

Haben Sie Zahnschmerzen?      ( ) nein      ( ) ja

Haben Sie Kiefergelenkschmerzen?      ( ) nein      ( ) ja

Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch? \_\_\_\_\_

Ich möchte an Kontrolluntersuchungen, sowie Prophylaxe-Termine erinnert werden und bin bereit, an einem Wiederbestellsystem (Recall) teilzunehmen. Sollte ich dies nicht mehr wünschen, kann ich mein Einverständnis jederzeit widerrufen.      ( ) nein      ( ) ja

**Liebe/r Patient/in wir haben die vereinbarten Termine speziell für Sie freigehalten, Wir bitten Sie daher im Verhinderungsfall so schnell wie möglich, jedoch spätestens 24 Stunden vor Ihrem Termin abzusagen. Nicht eingehaltene Termine werden mit einer Ausfallpauschale in Höhe von 35 EUR in Rechnung gestellt.**

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Ich werde Sie umgehend über Änderungen informieren.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in oder Erziehungsberechtigte/r