



DR. CAROLIN BÖTING

Zahnarztpraxis

## Allgemeiner Anamnesebogen

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

Vorname: \_\_\_\_\_

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

Erziehungsberechtigte/r: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum der/des Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Gesetzliche Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Private (Zusatz-)Versicherung: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf Ihre Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Er wird Ihrer Karteikarte beigelegt. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

### Bitte ausfüllen bzw. Zutreffendes ankreuzen:

1. **Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?**  Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Besitzen Sie eine Medikamentenliste?  Ja  Nein

2. **Nehmen Sie Blutgerinnungshemmer ein (z.B. Marcumar, Eliquis, Pradaxa, Xarelto)?**

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_



DR. CAROLIN BÖTING

Zahnarztpraxis

3. **Nehmen Sie Medikamente ein, die die Knochenbildung beeinflussen (z.B. Alendronat)?**  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
Oder erhalten Sie eine **jährliche Bisphosphonat-Infusion/-Spritze?**  Ja  Nein
4. **Leiden Sie an Diabetes mellitus Typ I oder Typ II?**  Ja  Nein  
Wie ist Ihr HbA1c-Wert? \_\_\_\_\_
5. **Rauchen Sie?**  Ja  Nein  
Wenn ja, mehr oder weniger als 10 Zigaretten pro Tag?  Mehr  Weniger
6. **Haben Sie eine Allergie (z.B. Penicillin-, Jod-, Latexallergie etc.)?**  Ja  Nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
Besitzen Sie einen **Allergiepass?**  Ja  Nein
7. **Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens?**  Ja  Nein  
– **Angeborener oder erworbener Herzfehler?**  Ja  Nein  
– **Herzklappenfehler oder Herzklappenprothese?**  Ja  Nein  
– **Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)?**  Ja  Nein  
– **Herzoperationen?**  Ja  Nein  
– **Haben Sie einen Herzschrittmacher?**  Ja  Nein
8. **Haben oder hatten Sie einen Schlaganfall?**  Ja  Nein  
Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_
9. **Haben Sie eine Endoprothese (z.B. künstliches Hüftgelenk)?**  Ja  Nein  
Wenn ja, welche? Seit wann? \_\_\_\_\_
10. **Haben oder hatten Sie eine Tumorerkrankung?**  Ja  Nein  
Wenn ja, welche? Und wann? \_\_\_\_\_
11. **Sind Sie gegen Covid19 geimpft?**  Ja  Nein  
**Haben oder hatten Sie eine Covid19-Erkrankung?**  Ja  Nein  
Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_  
**Haben Sie Long Covid Symptome?**  Ja  Nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_



DR. CAROLIN BÖTING

Zahnarztpraxis

**12. Leiden oder litten Sie an nachfolgenden Krankheiten?**

- **Infektionskrankheit (z.B. Tbc, Hepatitis, HIV)?**  Ja  Nein
- **Lebererkrankungen?**  Ja  Nein
- **Zu hoher Blutdruck?**  Ja  Nein
- **Zu niedriger Blutdruck?**  Ja  Nein
- **Nierenerkrankungen?**  Ja  Nein
- **Magen-Darmerkrankung?**  Ja  Nein
- **Schilddrüsenerkrankung?**  Ja  Nein
- **Rheumatismus/ rheumatisches Fieber?**  Ja  Nein
- **Asthma/ Lungenerkrankungen?**  Ja  Nein
- **Blutkrankheiten oder Blutgerinnungsstörungen?**  Ja  Nein
- **Nervenerkrankungen?**  Ja  Nein
- **Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)?**  Ja  Nein
- **Sonstige Erkrankungen?**  Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**13. Haben Sie die Spritze beim Zahnarzt bisher gut vertragen?**  Ja  Nein

**14. Wann wurden Sie das letzte Mal geröntgt?** \_\_\_\_\_

In welchem Körperbereich? \_\_\_\_\_

**15. Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?**  Ja  Nein

Wenn ja, in welcher Schwangerschaftswoche sind Sie? \_\_\_\_\_

**16. Name und Anschrift des Hausarztes:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**17. Möchten Sie in unser Recallsystem aufgenommen und somit an Ihre jährliche  
Vorsorgeuntersuchung erinnert werden?**

Ja  Nein

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in