

Anamnesebogen

Dr. Katharina Orlob · Kaiserstraße 30 · 97318 Kitzingen
Tel: 09321/9 26 25 26 · Fax: 09321/9 26 25 20 · www.zahnarztpraxis-kitzingen.de



Dr.med.dent.
Katharina Orlob

Liebe Patientin, lieber Patient,

einer adäquaten Therapie geht immer eine intensive Anamnese und Befunderhebung voraus. Daher benötigen wir von Ihnen folgende Informationen, um uns individuell auf Sie einzustellen und die Behandlung planen zu können.

Jeder unserer Untersuchungen bzw. Behandlungen geht natürlich das ärztliche Gespräch voraus, in dem Sie Fragen, Unklarheiten klären und Wünsche äußern können.

Die von Ihnen angegebenen Daten werden von uns vertraulich im Rahmen der ärztlichen Schweigepflicht behandelt und nur mit Ihrer ausdrücklichen Einverständniserklärung an dritte Personen weitergegeben.

Bitte beantworten Sie folgende Fragen sorgfältig.

Sollten Sie beim Beantworten der Fragen Schwierigkeiten haben, helfen wir Ihnen gern weiter.

Vielen Dank!

Patienteninformationen

Name

Vorname

Straße

PLZ / Ort

Geburtsdatum

Krankenkasse

Telefon privat

Telefon geschäftlich

Telefon mobil

E-Mail

Beruf

Arbeitgeber

Hausarzt

Zahnarzt

Wie sind Sie auf uns aufmerksam
geworden?

Anamnesebogen

Dr. Katharina Orlob · Kaiserstraße 30 · 97318 Kitzingen
Tel: 09321/9 26 25 26 · Fax: 09321/9 26 25 20 · www.zahnarztpraxis-kitzingen.de



Dr.med.dent.
Katharina Orlob

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Ja Nein Wenn Ja, welche?

Liegt eine Unverträglichkeit gegenüber gewissen Medikamenten vor?

Ja Nein Wenn Ja, gegen welche?

Liegen Allergien vor?

Ja Nein Wenn Ja, welche / gegen?

Haben Sie einen Allergiepass?

Ja Nein

Leiden oder litten Sie an einer Krankheit in den folgenden Bereichen?

Erkrankung des Herzens (Herzinfarkt, etc.)	Ja	Nein
Erkrankungen des Kreislaufs	Ja	Nein
Hoher Blutdruck	Ja	Nein
Niedriger Blutdruck	Ja	Nein
Störung der Blutgerinnung	Ja	Nein
Blutarmut	Ja	Nein
Schlaganfall	Ja	Nein
Erkrankungen der Leber (z. B. Hepatitis, Gelbsucht)	Ja	Nein
Diabetes (Zuckerkrankheit)	Ja	Nein
Erkrankungen des Magen-Darm-Trakts	Ja	Nein
Erkrankungen der Nieren	Ja	Nein
Anfallsleiden/ Krampfleiden (z. B. Epilepsie)	Ja	Nein
Migräne	Ja	Nein
Erkrankungen der Schilddrüse	Ja	Nein
Osteoporose (Knochenschwund)	Ja	Nein
Psychische Erkrankungen (z. B. Depressionen)	Ja	Nein
Infektionskrankheiten (Tbc, Aids/HIV, Hepatitis, etc.)	Ja	Nein

Anamnesebogen

Dr. Katharina Orlob · Kaiserstraße 30 · 97318 Kitzingen
Tel: 09321/9 26 25 26 · Fax: 09321/9 26 25 20 · www.zahnarztpraxis-kitzingen.de



Dr.med.dent.
Katharina Orlob

**Haben Sie andere ernsthafte Krankheiten,
die noch nicht aufgeführt wurden?** _____

Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?

Ja

Nein

Wenn Ja,

seit wann? _____

**Warum begeben Sie sich in zahnärztliche
Behandlung?** _____

Möchten Sie an die nächste Kontrolluntersuchung erinnert werden?

Telefonisch

Per Post

Per E-Mail

Nein, danke

Bitte teilen Sie uns jede Änderung mit:

– bei der Anschrift

– beim Gesundheitszustand

– bei der Medikamenteneinnahme

– bei eventueller Schwangerschaft

vielen Dank!

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer gemachten Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift (Name bei E-Mail-Versand)