

# Anamnesebogen für junge Erwachsene



Zahnärztliche Gemeinschaftspraxis  
Dr. Sieper & Didszuweit-Mathia

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_

Erziehungsberechtigter: Vater  Mutter  beide

Pat. ist versichert bei: Vater  Mutter

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

freiwillig versichert  zusatzversichert  beihilfefähig  privat vollversichert

## Angabe zu den Eltern

Mutter Name \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.datum: \_\_\_\_\_

Vater Name \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.datum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Name/Ort des Allgemeinarztes: \_\_\_\_\_

Sind bei Ihnen folgende Krankheiten/Symptome aufgetreten?

### Allgemeine Anamnese

- |   |         |   |         |
|---|---------|---|---------|
| 1. Liegt eine Herzerkrankung vor?                         | Ja/Nein | 11. Haben Sie Allergien?  | Ja/Nein |
| 2. Asthma oder Lungenerkrankungen?                        | Ja/Nein | Wenn ja, gegen _____  |         |
| 3. Leber- oder Nierenerkrankung?                          | Ja/Nein | 12. Nehmen Sie Medikamente ein?   | Ja/Nein |
| 5. Sind schon jemals epileptische Anfälle<br>aufgetreten? | Ja/Nein | Wenn ja, welche: _____  |         |
| 6. Infektionskrankheiten, z.B. Hepatitis                  | Ja/Nein | 13. Wurde eine kieferorthopädische Behandlung<br>durchgeführt?              | Ja/Nein |
| 7. Stoffwechselkrankheiten oder Diabetes?                 | Ja/Nein | 14. Rauchen Sie regelmäßig?   | Ja/Nein |
| 8. Blutgerinnungsstörung?                                 | Ja/Nein | 15. Nehmen Sie Drogen?  | Ja/Nein |
| 9. Augenerkrankung, wie Glaukom                           | Ja/Nein | 16. Haben Sie lockere Zähne oder<br>Zahnfleischbluten?                      | Ja/Nein |
| 10. Liegt eine Tumorerkrankung vor?                       | Ja/Nein | 17. Worauf sollten wir bei der Behandlung Ihres<br>Kindes besonders achten? |         |

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

### Welche Leistungen finden Sie interessant, worüber möchten Sie informiert werden?

- |  |  |
|--|--|
| 1. Prophylaxe (Vorsorge zum langfristigen Erhalt der Zähne) <input type="checkbox"/> | 3. Ernährungsberatung <input type="checkbox"/> |
| 2. hochwertige Füllungen <input type="checkbox"/>                                    | 4. Narkosebehandlung <input type="checkbox"/>  |
| 5. Dürfen wir Sie an die Vorsorgetermine erinnern?                                   | Ja/Nein  |

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

**Vielen Dank für Ihre Bemühungen, bitte teilen Sie uns rechtzeitig mit, wenn sich etwas ändert!**

**Datum und Unterschrift des Erziehungsberechtigten:** \_\_\_\_\_