

# Zahnarztpraxis Ober-Eschbach

Dr. Alexandra Strominski  
Kalbacher Str. 20 - 61352 Bad Homburg v d Höhe  
Telefon: 06172 45 10 20 - E-Mail: zahnarztobereschbach@gmail.com

---

## Anamnesebogen

### Liebe Patientin, lieber Patient!

Herzlich willkommen in unserer Zahnarztpraxis Ober-Eschbach.

Wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Unser Ziel ist es, Ihnen eine bestmögliche und individuelle Behandlung anzubieten. Deshalb möchten wir Sie bitten, sich einen Moment Zeit zu nehmen, um diesen Fragebogen sorgfältig zu lesen und so genau wie möglich auszufüllen.

Wir benötigen, neben Angaben zu Ihren Personalien, ausführliche Informationen zu Ihrem Gesundheitszustand, da diese sich auch auf Ihre zahnärztliche Behandlung auswirken können. Wir werden im Anschluss sehr gerne alle Ihre Fragen ausführlich beantworten und hoffen, dass Sie sich bei uns wohlfühlen! Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht!

### Angaben zu Ihrer Person

\_\_\_\_\_  
Vor- und Zuname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Geburtsort

\_\_\_\_\_  
Straße / Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon/Mobil

\_\_\_\_\_  
E-mail

### Wie sind Sie versichert?

\_\_\_\_\_  
Krankenkasse

gesetzlich versichert

privat versichert

Zusatzversicherung

### Wenn Sie familienversichert sind, ergänzen Sie bitte die Versichertendaten:

\_\_\_\_\_  
Name / Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Geburtsort

\_\_\_\_\_  
Straße / Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
E-mail

### Wie wurde Sie auf uns aufmerksam?

Empfehlung von: \_\_\_\_\_

Praxisschild       Internet       Sonstiges \_\_\_\_\_

### Möchten Sie unseren Erinnerungsservice nutzen?

ja                       nein

### Leiden oder litten Sie an nachfolgend aufgeführten Erkrankungen?

	Ja	Nein	Art der Erkrankung
Bluthochdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Blutgerinnungsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Herzerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Augenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Grüner Star (Glaukom)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Krebserkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis, Tuberkolose)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Sonstige Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Allergien (z.B Penicillin)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Schwangerschaft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Monat _____
Raucher/in	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Zigaretten pro Tag _____

### Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Nein

Ja  Wenn ja welche? \_\_\_\_\_

### Was ist der Grund Ihres Besuches?

	Ja	Nein	weitere Anmerkungen
Zahnschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Kontrolluntersuchung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Zahnfleischprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Leiden Sie unter Mundgeruch?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Knirschen Sie mit den Zähnen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Kiefergelenksprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Migräne / Kopf - & Nackenschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

Weitere Gründe \_\_\_\_\_

Wir nehmen uns viel Zeit für Ihre Behandlung und möchten durch unsere Terminplanung lange Wartezeiten vermeiden. Sollten Sie Ihren Termin einmal nicht einhalten können, bitten wir Sie diesen rechtzeitig, jedoch mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Wir benötigen Ihre Krankenkassenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt diese uns 14 Tage nach Behandlung nicht vor, müssen wir Sie als Privatpatient betrachten und Sie erhalten eine Rechnung. Ich habe diesen Fragebogen mit bestem Gewissen ausgefüllt und bestätige mit meiner Unterschrift die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben. Änderungen werde ich unverzüglich mitteilen.

Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift die Richtigkeit der vorstehenden Angaben.

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

\_\_\_\_\_  
Name des Versicherten/gesetzl. Vertreter