



# ZAUBERZÄHNE HAMBURG

Zahnheilkunde für Kinder & Jugendliche

Am Wall 1 • 21073 Hamburg-Harburg  
Tel: 040 - 302 349 55 • Fax: 040 - 302 349 57  
www.zahnwelten-hamburg.de  
info@zahnwelten-hamburg.de

**Karolina Sundström / Dr. Charlotte Bültmann / Katrin Holst**

## **Anamnesebogen** **(ab 18 Jahre)**

### **Patient:**

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

Geb. Dat.: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Straße / Hausnummer: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

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

**Hauptversicherter:** Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb. Dat.: \_\_\_\_\_

Wie sind Sie versichert?      gesetzlich       privat       freiwillig / Selbstzahler

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

Beruf: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Adr.: \_\_\_\_\_

Der Grund Ihres heutigen Besuches?

\_\_\_\_\_

Wer hat Sie empfohlen?

\_\_\_\_\_

Waren Sie schon mal in unserer Praxis?

Nein  / Ja

**Bitte wenden ->**

## Vorgeschichte

Haben Sie Allergien?    Nein  / Ja

besteht eine Schwangerschaft? Nein  / Ja

Welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie eine der nachfolgenden Krankheiten:

Asthma     Blutgerinnungsstörung     Herzerkrankung     Polypen     Diabetes     Hepatitis

Lungenerkrankung / Tuberkulose     Nierenerkrankung     Epilepsie     Hörstörungen

Tumore     Aids     Sonstige Krankheiten  \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente ein?

Nein  / Ja

Wenn Ja, welche?

\_\_\_\_\_

Reagieren Sie auf bestimmte Stoffe oder Medikamente allergisch?

Nein  / Ja

Wenn Ja, auf welche?

\_\_\_\_\_

Sind Sie z.Z. in ärztlicher Behandlung?

Nein  / Ja

Warum? \_\_\_\_\_

Waren oder sind Sie in einer kieferorthopädischen Behandlung?

Nein  / Ja

Behandler: \_\_\_\_\_

Möchten Sie an unserem Recall Programm teilnehmen?

Nein  / Ja

Möchten Sie an Ihre Termine erinnert werden per SMS?

Nein  / Ja

**Wenn Sie Ihre Termine nicht wahrnehmen können, informieren Sie uns bitte  
24 Stunden vorher, da wir Ihnen sonst den Terminausfall in Rechnung stellen müssen.**

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift