

**Dr. Barbara Lange, Dr. Helmut Lange, ZA Johannes Lange  
Zahnärzte**

Isartorplatz 4 - 80331 München  
Telefon: 089 - 29 72 00 -

**Anamnesebogen**

Sehr geehrte Damen und Herren,  
um einen komplikationslosen Behandlungsablauf, eine vorschriftsmäßige Verwaltung Ihrer Unterlagen und eine optimale Organisation zu gewährleisten, benötigen wir einige Informationen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht und dem Datenschutz. Falls Sie sich über eine Antwort noch nicht im Klaren sind, klären wir das gerne in einem persönlichen Gespräch. Bitte sprechen Sie uns an.  
Vielen Dank!

**Persönliche Angaben**

---

Nachname	Vorname	Geburtsdatum
----------	---------	--------------

---

Straße/Haus-Nr.	Postleitzahl	Stadt
-----------------	--------------	-------

---

Festnetz(privat)	Festnetz (geschäftlich)	Mobil
------------------	-------------------------	-------

---

E-Mail

---

Beruf	Arbeitgeber
-------	-------------

---

**Angaben zu Ihrer Versicherung**

Mitversichert bei:

Nachname	Vorname	Geburtsdatum
----------	---------	--------------

---

Falls Sie mit versichert sind: **Hat der Hauptversicherte die gleiche Adresse?** Ja\_\_ Nein\_\_

Falls nein:

---

Straße/Haus-Nr.	Postleitzahl	Stadt
-----------------	--------------	-------

---

**Für Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse:**

Name Ihrer Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Haben Sie eine Zusatzversicherung? Ja\_\_ Nein\_\_

Sind Sie freiwillig versichert? Ja\_\_ Nein\_\_

**Für Mitglieder einer privaten Krankenversicherung:**

Name Ihrer Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

Sind Sie beihilfeberechtigt? (wichtig für Ihre Erstattungsansprüche) Ja\_\_ Nein\_\_

Haben Sie Spezialtarife oder Zusatzabkommen?(z.B Basistarif) Ja\_\_ Nein\_\_

(Falls ja, sprechen Sie uns bitte persönlich bezüglich der Modalitäten an.)

## Allgemeinmedizinische Anamnese

1. Waren Sie während der letzten Jahre im Krankenhaus oder in ärztlicher Behandlung? Ja\_\_ Nein\_\_

Ihr Hausarzt\_\_\_\_\_

2. Nehmen sie zurzeit regelmäßig Medikamente ein?..... Ja\_\_ Nein\_\_

Wenn ja, Welche?\_\_\_\_\_

3. Spezielle Medikamente:

Antidepressiva (wichtig für chirurg. Eingriffe!)..... Ja\_\_ Nein\_\_

Gerinnungshemmende Mittel (z.B. Marcumar, Aspirin)..... Ja\_\_ Nein\_\_

Schmerzmittel..... Ja\_\_ Nein\_\_

Bisphosphonate im Rahmen einer Osteoporosetherapie im letzten Jahr..... Ja\_\_ Nein\_\_

4. Bluten Sie lange nach einer Verletzung?..... Ja\_\_ Nein\_\_

**Hatten Sie jemals:**

5. Eine ungewöhnliche Reaktion auf Spritzen oder Medikamente?..... Ja\_\_ Nein\_\_  
(z.B. Jod, Penicillin etc.)?

6. Asthma, Heuschnupfen oder Allergien?..... Ja\_\_ Nein\_\_

7. Herzerkrankungen, Kreislaufstörungen?  
(z.B. Hyper-, Hypotonie, Endokarditis, Herzklappenersatz-, Infektionen)?..... Ja\_\_ Nein\_\_

8. Rheumatische Erkrankungen oder Gelenkerkrankungen?..... Ja\_\_ Nein\_\_

9. Lebererkrankungen..... Ja\_\_ Nein\_\_  
(z.B. Gelbsucht)?

10. Diabetes (Zuckerkrankheit)?..... Ja\_\_ Nein\_\_

11. Atemwegserkrankungen?..... Ja\_\_ Nein\_\_

12. Nierenerkrankungen?..... Ja\_\_ Nein\_\_

13. Infektiöse Erkrankungen?..... Ja\_\_ Nein\_\_  
(z.B. Tuberkulose, HIV, AIDS, Hepatitis, Geschlechtskrankheiten)?

14. Leiden Sie unter Schlafapnoe und/oder Schnarchen?..... Ja\_\_ Nein\_\_

15. Schilddrüsenprobleme?..... Ja\_\_ Nein\_\_

16. Epileptische Anfälle?..... Ja\_\_ Nein\_\_

17. Rauchen Sie?..... Ja\_\_ Nein\_\_

19. Nehmen Sie Drogen?..... Ja\_\_ Nein\_\_

20. Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft?..... Ja\_\_ Nein\_\_

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

**Weitere Angaben:**

Besitzen Sie einen Allergiepass?..... Ja\_\_ Nein\_\_

Beitzen Sie ein Röntgennachweisheft?..... Ja\_\_ Nein\_\_

Wer hat uns empfohlen?

Ort, Datum

Unterschrift Patient/Versicherter