

**Zahnärztliches Medizinisches Versorgungszentrum RÜ104 GmbH  
Dr. Rohlfing M. Sc. M. Sc. & Kollegen  
Zentrum für zahnärztliche Schlafmedizin**

Anamnesebogen

Liebe Patientin, Lieber Patient,

bitte füllen Sie den Anamnesebogen möglichst vollständig aus. So können wir Vorsorge und Behandlungen individuell auf Sie abstimmen. Der Anamnesebogen dient als Ergänzung zum persönlichen Beratungsgespräch, und alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

**Patientendaten:**

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

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

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

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_ **Telefon mobil:** \_\_\_\_\_

Telefon Büro: \_\_\_\_\_ **E-Mail:** \_\_\_\_\_

Arbeitgeber, Ort: \_\_\_\_\_

Krankenkasse bzw. Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

Haben Sie eine private Zahn-Zusatzversicherung? ja nein

**Für privat versicherte Patienten:**

Sind Sie beihilfeberechtigt? ja nein

**Haben Sie einen Pflegegrad (Pflegestufe)? Wenn ja, welcher? Grad:**

**Beziehen Sie Eingliederungshilfe? Ja Nein**

**Wenn Sie nicht selbst krankenversichert sind, wer ist der Versicherte?**

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

**Bei zuzahlungspflichtigen Behandlungen: Wer soll die Rechnung erhalten?**

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

Adresse: \_\_\_\_\_

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

**Empfohlen von/durch:** \_\_\_\_\_

Warum begeben Sie sich in zahnärztliche Behandlung?

Kontrolluntersuchung ja nein

Zahnschmerzen ja nein

Beratungsgespräch ja nein

Wenn ja, über:

Zahnersatz (Implantate, Brücken, Prothesen etc.)

Füllungstherapie

Zahnfleischveränderungen

Ästhetische Veränderungen

Schnarchtherapie und zahnärztliche Schlafmedizin

Haben Sie häufiges Zahnfleischbluten? ja nein

Wann wurden Sie das letzte Mal im Kopfbereich geröntgt? \_\_\_\_\_

**Zahnärztliches Medizinisches Versorgungszentrum RÜ104 GmbH  
Dr. Rohlfing M. Sc. M. Sc. & Kollegen  
Zentrum für zahnärztliche Schlafmedizin**

**Allgemeiner Gesundheitszustand:**

Waren Sie bis vor Kurzem oder sind Sie noch in ärztlicher Behandlung? ja nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein

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

Liegt eine Unverträglichkeit gegenüber Medikamenten vor? ja nein

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

Liegen Allergien vor? ja nein unbekannt

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

Haben Sie einen Allergiepass? ja nein

Rauchen Sie? Wenn ja, wieviele Zigaretten/Tag? \_\_\_\_\_

Leiden oder litten Sie an einer Krankheit in folgenden Bereichen?

Erkrankungen des Herzens (Herzinfarkt, Angina Pectoris...)

ja nein unbekannt

Erkrankungen des Kreislaufes ja nein unbekannt

hoher Blutdruck ja nein unbekannt

niedriger Blutdruck ja nein unbekannt

Störungen der Blutgerinnung, häufiges Nachbluten ja nein unbekannt

Blutarmut ja nein unbekannt

Schlaganfall ja nein unbekannt

Erkrankungen der Leber (z.B. **Hepatitis A, B oder C, Gelbsucht**) ja nein unbekannt

oder Erkrankungen wie **MRSA oder die Creutzfeldt-Jakob-Krankheit** ja nein unbekannt

Diabetes (Zuckerkrankheit) zuletzt **gemessener HbA1c-Wert:** \_\_\_\_\_ ja nein unbekannt

Erkrankungen des Magen-Darmtraktes ja nein unbekannt

Erkrankungen der Nieren ja nein unbekannt

Erkrankungen der Nerven ja nein unbekannt

Anfallsleiden/Krampfleiden (z. B. Epilepsie) ja nein unbekannt

Migräne ja nein unbekannt

Erkrankungen der Schilddrüse ja nein unbekannt

Infektionskrankheiten  
(z.B. Tbc, AIDS/HIV, Hepatitis, etc.) ja nein unbekannt

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_ ja nein unbekannt

Rheuma/Gicht ja nein unbekannt

Asthma ja nein unbekannt

Unfall, Verletzungen, Operationen im Kopfbereich ja nein unbekannt

Haben Sie andere ernsthafte Erkrankungen, die noch nicht aufgeführt wurden?

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Besteht eine Schwangerschaft oder die Wahrscheinlichkeit?

ja, Monat: \_\_\_\_\_ nein

**Zahnärztliches Medizinisches Versorgungszentrum RÜ104 GmbH  
Dr. Rohlfing M. Sc. M. Sc. & Kollegen  
Zentrum für zahnärztliche Schlafmedizin**

Ich möchte alle 6 Monate kostenlos an die Vorsorgeuntersuchung erinnert werden! ja nein

**Da wir unseren Praxisablauf nach einem Bestellsystem führen, können wir kurzfristig abgesagte oder versäumte Termine in der Kürze der Zeit nicht neu vergeben und uns entstehen ungenutzte Leerlaufzeiten.**

**Daher bitten wir Sie Ihre Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, sonst kann Ihnen, wenn Sie den Termin nicht rechtzeitig absagen, die vorgesehene Zeit und die Vergütung bzw. die ungenutzte Zeit gemäß § 615 BGB in Rechnung gestellt werden.**

Datum, Unterschrift \_\_\_\_\_

Vielen Dank!  
Ihr Team RUE104