



ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine individuelle und risikofreie Behandlung.

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht!

Gern sind wir bereit, Ihnen beim Ausfüllen Hilfe zu leisten.

Patient

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Straße, Nummer

PLZ, Ort

Beruf

Arbeitgeber

Telefon

privat

dienstlich

E-Mail

Hausarzt

Name

Adresse

Telefon

Besteht eine Zahnzusatzversicherung? **JA** / **NEIN**

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

- Telefonbuch Lage der Praxis Internetsuchmaschine
 persönliche Empfehlung

Wünschen Sie von uns an Ihre nächste Kontrolluntersuchung erinnert zu werden?

Die Teilnahme kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen.

JA / **NEIN**

Wir sind bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung in Rechnung zu stellen.

Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen und dadurch kann es manchmal zu Zeitverzögerungen kommen.



ANAMNESEBOGEN

Allgemeine Gesundheitssituation

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. unterstreichen:

Herz-/Kreislaufkrankungen	<input type="checkbox"/>
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>
Bypass/Stent/Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>
Herzklappenerkrankung/-ersatz	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>
Endokarditis-Prophylaxe	<input type="checkbox"/>
Blutungsneigung	<input type="checkbox"/>
Blutarmut	<input type="checkbox"/>
Neigen Sie zu blauen Flecken	<input type="checkbox"/>
Infektionskrankheiten:	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hepatitis A/B	
<input type="checkbox"/> Tuberkulose	
<input type="checkbox"/> HIV	
sonstige Erkrankungen:	

Drogenkonsum	<input type="checkbox"/>
Alkoholkonsum	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>
Schwangerschaft (Monat___)	<input type="checkbox"/>

Diabetes	<input type="checkbox"/>
Lungenerkrankung(Asthma)	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>
Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>
Rheuma	<input type="checkbox"/>
Anfallsleiden(Epilepsie)	<input type="checkbox"/>
Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Herzmedikamente	
<input type="checkbox"/> Cortison	
<input type="checkbox"/> Schmerzmittel	
<input type="checkbox"/> Antidepressiva	
<input type="checkbox"/> Blutverdünner	
<input type="checkbox"/> Bisphosphonate	
<input type="checkbox"/> andere_____	
Allergien:	<input type="checkbox"/>

Leiden Sie oft an Migräne, Kopfschmerzen, Nackenverspannungen, Rückenschmerzen, Tinnitus?	<input type="checkbox"/>

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle auftretenden Änderungen zu informieren.

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig.

Datum: _____	Unterschrift: _____
Datum: _____	Unterschrift: _____
Datum: _____	Unterschrift: _____
Datum: _____	Unterschrift: _____
Datum: _____	Unterschrift: _____