



# 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 ein Pflegegrad oder Eingliederungshilfe?      **JA**   /   **NEIN**

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: _____