

Anamnesebogen



Herzlich willkommen in unserer Praxis

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 adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient

Herr/Frau/Kind

Name **Vorname** **geb.**

Mitglied

Name **Vorname** **geb.**

Anschrift

Straße **Nr.** **Tel.: priv./tags**

Postleitzahl **Ort**

Krankenkasse

Versicherung

Beruf

Bestellpraxis/Hinweis zur Organisation:

Wir werden falls erforderlich, gleich mehrere Termine für Sie reservieren. Dies erspart Ihnen lange Wartezeiten und wir sind am vereinbarten Termin für Sie da.

Für Kassenpatienten:

Wünschen Sie von uns darüber informiert zu werden, was an neueren und besseren zahnmedizinischen Versorgungen möglich ist, auch wenn diese Leistungen von den Kassen nicht oder nur teilweise übernommen werden? **Ja** **Nein**

Wünschen Sie insbesondere über unser intensives Prophylaxe-Programm informiert zu werden? **Ja** **Nein**

Anamnesebogen



Patientendaten

Ärztliche Behandlung:

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?

Wenn ja, wegen welcher Krankheit

Hausarzt/Facharzt:

Name, Adresse und Telefonnummer

Medikamente:

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig?

Allergien:

Gegen welche Medikamente/Materialien besteht bei Ihnen der Verdacht einer Allergie? _____

Tragen Sie einen Allergiepaß? **Ja** **Nein**

Herzerkrankungen:

Herzschwäche (Insuffizienz)? **Ja** **Nein**

Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)? **Ja** **Nein**

Herzschrittmacher, Herzklappen-OP **Ja** **Nein**

Sonstiges? _____

Kreislaufferkrankungen:

Zu niedriger Blutdruck? **Ja** **Nein**

Zu hoher Blutdruck? **Ja** **Nein**

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente? **Ja** **Nein**

Sonstiges? _____

Vegetative Erkrankungen:

Nehmen Sie Aufputsch- oder

Beruhigungsmittel? **Ja** **Nein**

Ohnmachten? **Ja** **Nein**

Sonstiges? _____

Stoffwechsel Erkrankungen:

Magen-Darmerkrankungen? **Ja** **Nein**

Schilddrüsenerkrankungen? **Ja** **Nein**

Zuckerkrankheit (Diabetes)? **Ja** **Nein**

Sonstiges? _____

Erkrankungen des Nervensystems:

Epileptische Anfälle? **Ja** **Nein**

Krämpfe? **Ja** **Nein**

Sonstiges? _____

Bluterkrankungen:

Blutungsneigung? **Ja** **Nein**

Blutarmut (Anämie)? **Ja** **Nein**

Sonstiges? _____

Infektionskrankheiten:

Leberentz./Gelbsucht (Hepatitis A/B)

Tuberkulose? **Ja** **Nein**

Wurde ein Aidstest durchgeführt? **Ja** **Nein**

Mit welchem Ergebnis? **Pos.** **Neg.**

Weitere Angaben:

Alkohol-/Drogenabhängigkeit? **Ja** **Nein**

Röntgen:

Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf- Kiefer-

Zahnbereich geröntgt? **Ja** **Nein**

Schwangerschaft:

Wenn ja, in welchem Monat? _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit. Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen Ihrer Angaben mit.

Datum: _____

Unterschrift: _____