

ANAMNESEBOGEN

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch einige Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Sollten sich im Laufe der Zeit, in der Sie in unserer Praxis betreut werden, Änderungen an den nachfolgend von Ihnen gemachten Angaben ergeben, bitten wir Sie, uns diese umgehend mitzuteilen. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Patient:

| | | | |
|--------------------|-------------|-------------------------|------|
| Herr/ Frau | Name | Vorname | geb. |
| Straße/ Hausnummer | | Tel. privat/ dienstlich | |
| Postleitzahl | Ort | Email-Adresse | |
| Beruf | Arbeitgeber | | |

Sind Patient und Versicherter nicht identisch, bitte folgende Angaben machen:

Versicherter:

| | | |
|---|---|---|
| Nachname und Vorname des Versicherten | geb. | |
| Ggf. abweichende Adresse des Versicherten | | |
| Krankenversicherung: | <input type="checkbox"/> gesetzliche Krankenkasse (GKV) | <input type="checkbox"/> gesetzliche Krankenkasse+ Zusatzversicherung |
| | <input type="checkbox"/> private Krankenkasse (PKV) | <input type="checkbox"/> PKV/ Basistarif |
| | <input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt (bei PKV) | <input type="checkbox"/> Rechnung doppelt ausstellen |

Name der Krankenversicherung:

Name und Anschrift Ihres behandelnden Arztes:

Bei welchen anderen Ärzten oder Therapeuten sind Sie zur Zeit oder regelmäßig in Behandlung?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig? Ggf. Medikamentenliste an Rezeption kopieren lassen.

Auf welche Medikamente oder andere Stoffe reagieren Sie allergisch? Ggf. Allergiepass an Rezeption kopieren lassen.

Bitte Zutreffendes ankreuzen und ggf. vervollständigen:

| | | |
|--|---|---|
| Herz-/ Kreislaufkrankungen | <input type="checkbox"/> ja / nein <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> sonstiges: |
| <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt |
| <input type="checkbox"/> Angina Pectoris | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen | <input type="checkbox"/> Herzklappenfehler/ -ersatz |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Defibrillator | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |

| | | |
|------------------------------------|---|--|
| Endokarditis-Prophylaxe | <input type="checkbox"/> ja / nein <input type="checkbox"/> | |
| Infektionserkrankungen | <input type="checkbox"/> ja / nein <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Sonstige: |
| <input type="checkbox"/> HIV/ AIDS | <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Hepatitis A, B oder C |

Sind bei zahnärztlichen oder chirurgischen Behandlungen bzw. durch Verletzungen **länger andauernde Blutungen** aufgetreten? ja / nein

Nehmen Sie **gerinnungshemmende Mittel** (z.B. Marcumar, Aspirin)? ja / nein

| | | |
|---|---|---------|
| Atemwegserkrankungen/ Lungenerkrankungen | <input type="checkbox"/> ja / nein <input type="checkbox"/> | Welche: |
|---|---|---------|

| | | |
|-----------------|---|--|
| Diabetes | <input type="checkbox"/> ja / nein <input type="checkbox"/> | |
|-----------------|---|--|

| | | |
|----------------------------------|---|--|
| Anfallsleiden (Epilepsie) | <input type="checkbox"/> ja / nein <input type="checkbox"/> | |
|----------------------------------|---|--|

| | | |
|---------------------------------------|---|---------|
| Magen- oder Darmerkrankung | <input type="checkbox"/> ja / nein <input type="checkbox"/> | Welche: |
|---------------------------------------|---|---------|

| | | |
|------------------------|---|---------|
| Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> ja / nein <input type="checkbox"/> | Welche: |
|------------------------|---|---------|

| | | |
|-------------------------|---|---------|
| Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> ja / nein <input type="checkbox"/> | Welche: |
|-------------------------|---|---------|

| | | |
|-------------------------------|---|---------|
| Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> ja / nein <input type="checkbox"/> | Welche: |
|-------------------------------|---|---------|

| | | |
|---------------|---|--|
| Rheuma | <input type="checkbox"/> ja / nein <input type="checkbox"/> | |
|---------------|---|--|

| | | |
|------------------------|---|---------|
| Tumorerkrankung | <input type="checkbox"/> ja / nein <input type="checkbox"/> | Welche: |
|------------------------|---|---------|

| | | |
|--|---|--|
| Erhöhter Augendruck (Glaukom) | <input type="checkbox"/> ja / nein <input type="checkbox"/> | |
|--|---|--|

| | | |
|--------------------|---|--|
| Osteoporose | <input type="checkbox"/> ja / nein <input type="checkbox"/> | |
|--------------------|---|--|

| | | |
|---|---|--|
| Nehmen Sie Bisphosphonate ein? | <input type="checkbox"/> ja / nein <input type="checkbox"/> | |
|---|---|--|

| | | |
|-------------------------|---|--|
| Ohnmachtsneigung | <input type="checkbox"/> ja / nein <input type="checkbox"/> | |
|-------------------------|---|--|

Haben Sie häufig Kopfschmerzen? ja / nein

Hatten Sie schon mal Tinnitus? ja / nein

Sonstige Erkrankungen ja / nein Welche:

Rauchen Sie? ja / nein

Besteht eine Schwangerschaft? ja / nein

Wurde in den letzten 12 Monaten eine Röntgenaufnahme angefertigt? ja / nein
Wenn ja, welcher Körperbereich:

Sonstige, für Ihre Behandlung relevante Angaben:

Abschließend noch eine Bitte: Wir sind eine Bestellpraxis. Das bedeutet, dass die vereinbarte Zeit für Sie reserviert ist, denn nur so können wir Ihnen unsere größte Aufmerksamkeit widmen und Qualitätsarbeit ist nur ohne Zeitdruck möglich. Termine, die Sie nicht einhalten können, sollten Sie spätestens 24 Stunden vorher absagen. Sie erweisen uns und Ihren Mitmenschen damit einen großen Gefallen! Außerdem erlauben wir uns darauf hinzuweisen, dass die durch Ihr Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden dürfen (§§ 615/ 280 BGB).

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Ich hatte ausreichend Gelegenheit Fragen zu stellen und verpflichte mich Änderungen umgehend mitzuteilen.

Datum

Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten