

# Praxis Dr. Kromberg

## 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:**

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

Ggf. Geburtsname: \_\_\_\_\_

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

**Geburtsort** (notwendig laut Röntgenverordnung): \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

**Telefon privat:** .....

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

**Handynummer:** .....

**E-Mail:** \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Telefon: .....

**Freiwillig versichert( ) Zusatzversichert( ) beihilfeberechtigt( ) privatversichert( ) Basistarif priv.( )**

#### **Mitglied der Versicherung: (wenn Sie über ein Familienmitglied versichert sind)**

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

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

Stehen Sie in ärztlicher Behandlung? **Ja Nein**

( ) ( )

Wegen welcher Krankheit? \_\_\_\_\_

( ) ( )

Name und Tel. Nr. des Hausarztes: \_\_\_\_\_

Hiermit erkläre ich ausdrücklich mein Einverständnis zur Weitergabe meiner erforderlichen personenbezogenen Daten an die Zahnärztliche Verrechnungsstelle Deutschlands e.V., Wittelsbachstr. 15, 86641 Rain am Lech, zum Zwecke der Einziehung der zahnärztlichen Honoraranforderung.

Ich bin mir bewusst, dass ich dieses Einverständnis freiwillig erteilt habe und jederzeit widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Ja Nein**

#### **Herzerkrankungen:**

Herzhautentzündungen ( Endokarditis), Herzasthma (Angina pectoris) \_\_\_\_\_

( ) ( )

Herzschrittmacher/ Herzklappe \_\_\_\_\_

( ) ( )

Herzoperation, wann \_\_\_\_\_

( ) ( )

Hatten Sie jemals einen Herzinfarkt wann \_\_\_\_\_

( ) ( )

Benötigen Sie Antibiotika – Prophylaxe vor zahnärztlichen Eingriffen \_\_\_\_\_

( ) ( )

#### **Kreislaferkrankungen:**

Zu hoher Blutdruck, zu niedriger Blutdruck Werte ca. \_\_\_\_/\_\_\_\_

( ) ( )

#### **Vegetative Erkrankungen:**

Leiden Sie unter Atemnot (Hyperventilation) \_\_\_\_\_

( ) ( )

Hatten Sie bei zahnärztlichen Eingriffen jemals eine Ohnmacht \_\_\_\_\_

( ) ( )

Nehmen Sie Beruhigungsmittel (Valium, Librium, etc.) \_\_\_\_\_

( ) ( )

Hatten Sie jemals Krebs, eine bösartige Erkrankung oder Leukämie \_\_\_\_\_

( ) ( )

#### **Stoffwechselerkrankungen**

Haben Sie Diabetes (Blutzucker) Typ: \_\_\_\_\_

( ) ( )

Benötigen Sie Insulin \_\_\_\_\_

( ) ( )

Magen Darm Erkrankungen \_\_\_\_\_

( ) ( )

Nierenfunktionsstörung \_\_\_\_\_

( ) ( )

Rheuma \_\_\_\_\_

( ) ( )

Osteoporose \_\_\_\_\_

( ) ( )

Schilddrüsenüberfunktion/- unterfunktion \_\_\_\_\_

( ) ( )

-bitte wenden-

Ja Nein

**Nervensystem:**

Epileptiforme Anfälle oder Krämpfe

( ) ( )

Haben Sie weiterhin Anfälle

( ) ( )

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Blut:**

Langes Nachbluten

( ) ( )

Blutgerinnungsstörung

( ) ( )

Einnahme von Blutgerinnungsmitteln (Marcumar, Aspirin, ASS)

( ) ( )

Blutgefäß Operation wann \_\_\_\_\_

( ) ( )

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Bindegewebsschwäche:**

(wie z.B. Krampfadern, Hämorrhoiden o. ä.) \_\_\_\_\_

( ) ( )

**Allergien, Asthma:**

Gegen Medikamente (Jod, Penicillin) \_\_\_\_\_

( ) ( )

Allergien (Allergiepaß) welche? \_\_\_\_\_

( ) ( )

Allergien gegen zahnmedizinische Metalle (Nickel, Chrom, Kobalt, Amalgam)

( ) ( )

Ekzeme

( ) ( )

Haben Sie Bronchial- Asthma/ COPD

( ) ( )

**Infektionskrankheiten:**

Leberentzündung (Gelbsucht, Hepatitis A, B, C oder D) \_\_\_\_\_

( ) ( )

Chronische Atemwegserkrankungen (Bronchitis, Pseudo Krupp)

( ) ( )

Tuberkulose

( ) ( )

Aids (HIV)

( ) ( )

**Suchtkrankheiten:**

Alkohol

( ) ( )

Zigaretten

( ) ( )

Sind oder waren Sie Drogenabhängig

( ) ( )

**Sonstige Erkrankungen:** \_\_\_\_\_

**Arzneien:**

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Bei Frauen) Sind Sie schwanger (in welcher Woche) \_\_\_\_\_

( ) ( )

Wünschen Sie eine örtliche Betäubung

( ) ( )

Haben Sie Angst vor der Behandlung

( ) ( )

Bitte beachten Sie, daß eine örtliche Betäubung zur Folge hat, daß Sie zwei Stunden nicht und 24 Stunden nur eingeschränkt fahrtüchtig sind. Bitte berücksichtigen Sie dies bei Ihrem Behandlungstermin.

Bei Änderungen Ihres Allgemeinzustandes oder Ihrer Tabletteneinnahme informieren Sie uns bitte.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Dr. Kromberg**  
ZAHNARZTPRAXIS