

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 _____

() ()

Kreislaufkrankungen:

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: _____