

Herzlich willkommen in unserer Praxis

Anamnesebogen

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!

Name / Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum/- ort : \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Hausnummer \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon Festnetz \_\_\_\_\_ Telefon Arbeit \_\_\_\_\_ Telefon Mobil \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ Beruf/Arbeitgeber \_\_\_\_\_

**Gesetzlich versichert ja ( ) nein ( ) privat versichert ja ( ) nein ( )**

**Zusatzversichert ja ( ) nein ( ) Beihilfeberechtigt ja ( ) nein ( )**

**Basistarif priv. ja ( ) nein ( )**

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: \_\_\_\_\_

• Nehmen Sie Medikamente ein? (ggf. Medikamentenliste einreichen) Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

blutverdünnende Medikamente (ASS / Heparin / Marcumar, Eliquis, Procumon / Pradaxa, Clopidogrel, Xarelto)

Cortison (Kortikoide)

Schmerzmittel

Bisphosphonate ( Zometa, Posamax, Undronat, Acara, Aredia, Pamidromed, Bondronat)

Andere

• Leiden Sie an Allergie/ Medikamentenunverträglichkeiten Ja  Nein

Wenn ja, gegen welche Medikamente? (z. B. Penicillin/Antibiotikum)

\_\_\_\_\_

• Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der/des ..... Falls ja, bitte ggf. ergänzende Angaben hinzufügen

Leber Ja  Nein  \_\_\_\_\_

Nieren Ja  Nein  \_\_\_\_\_

Schilddrüse Ja  Nein  \_\_\_\_\_

Magen-Darm-Traktes Ja  Nein  \_\_\_\_\_

Wirbelsäule/ Knochen (Osteoporose) Ja  Nein  \_\_\_\_\_

Glaukom Ja  Nein  \_\_\_\_\_

• **Haben oder hatten Sie.....**

Hohen/ niedrigen Blutdruck	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Epilepsie (Anfallsleiden)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Rheuma	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Tumorerkrankung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Diabetes (benötigen Sie Insulin?)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ashma/ COPD	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Infektionskrankheiten	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	_____	_____
z. B. Tuberkulose, HIV, Hepatitis		_____	_____
Demenz	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	_____	_____
Wenn ja wer ist Ihr gesetzlicher Vertreter?		_____	_____
Haben Sie einen Pflegegrad? Welchen?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	_____	_____
Sonstige Erkrankungen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	_____	_____

• **zu Ihrem Herzen: haben oder hatten Sie eine/n.....**

Herzklappenentzündung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	_____
Bypass	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	_____
Stent	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	_____
Angina Pectoris	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	_____
Herzschrittmacher	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	_____
Herzinfarkt	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	_____
Arrhythmien/ Rythmusstörungen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	_____

• Sind Ihnen von Ihrem Arzt vor zahnärztlichen Eingriffen Antibiotika empfohlen worden?  
welches Medikament? Ja  Nein  \_\_\_\_\_

• **leiden Sie oft unter.....**

Kopfschmerzen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	_____
Hals- Nackenverspannungen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	_____
Knirschen Sie mit den Zähnen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	_____

• **Suchtkrankheiten.....**

Rauchen Sie?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	_____
Trinken Sie regelmäßig Alkohol?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	_____
Sind oder waren Sie Drogenabhängig?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	_____

• **für unsere Patientinnen**

Sind Sie schwanger? (in welcher Woche?)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	_____
Stillen Sie?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	_____

**Wir sind eine Bestellpraxis und versuchen stets, die Wartezeiten so gering wie möglich zu halten. Sollten Sie Ihrerseits einen vereinbarten Termin nicht einhalten können und diesen nicht 24 Stunden vor der Behandlung abgesagt haben, behalten wir uns vor, Ihnen die Kosten für die reservierte Behandlung in Rechnung zu stellen.**

**Bitte beachten Sie, dass eine örtliche Betäubung zur Folge hat, dass Sie 2 Stunden nicht und 24 Stunden nur eingeschränkt fahrtüchtig sind. Bitte berücksichtigen Sie dies bei Ihrem Behandlungstermin.**

**Bei Änderungen Ihres Allgemeinzustandes oder Ihrer Medikation informieren Sie uns bitte.**

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