



ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen **jährlich** auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliches

Name / Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____

PLZ / Ort _____

Tel. privat _____

Tel. mobil _____

E-Mail _____

Beruf _____

Geburtsname _____

Krankenkasse _____

Geburtsort _____

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name / Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____

PLZ / Ort _____

Wer ist Ihr Hausarzt _____

Tel. _____

Hinweise zur Organisation

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte sagen Sie ihn mindestens 24 Stunden vorher ab. Ansonsten behalten wir uns vor, die ausgefallene Zeit in Rechnung zu stellen.

Hinweise zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann. Dies kann sowohl durch die Behandlung selbst, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten hervorgerufen werden. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi, das Sie sicher nach Hause bringt.

-bitte wenden-

ANAMNESEBOGEN

Warum suchen Sie uns auf? Wünschen Sie eine/n...

- Routinekontrolle neuen Zahnersatz Beratung „zweite Meinung“
 Schmerzbehandlung andere Gründe: _____

Haben oder hatten Sie folgende Erkrankungen:

Herzens oder Kreislaufs ja nein

einen Herzinfarkt einen Herzschrittmacher eine Herzklappenentzündung eine Herz OP

Ist eine Endokarditisprophylaxe erforderlich? ja nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

Falls ja, welche: _____

erhöhte Blutungsneigung ja nein

hohen Blutdruck ja nein

Atemwegserkrankungen ja nein

Magen-Darm-Traktes ja nein

Epilepsie ja nein

grüner / grauer Star ja nein

Tumorerkrankungen ja nein

Allergien ja nein

Wogegen: _____

Schilddrüse ja nein

HIV ja nein

Hepatitis ja nein

Welcher Typ? A B C

Rauchen Sie ja nein

Sind Sie schwanger ja nein

In welcher Woche? _____

Kreuzfeld Jacob (BSE) ja nein

Diabetes ja nein

Datum

Unterschrift
