

Anamnesebogen

NAME: _____ VORNAME: _____
GEBURTSNAME: _____
STRASSE: _____ PLZ, ORT: _____
TEL.- PRIVAT: _____ HANDYNR.: _____
E-MAIL: _____
GEBURTSTAG: _____ GEBURTSORT: _____
BERUF / TÄTIGKEIT: _____
ARBEITGEBER / ANSCHRIFT: _____
HAUSARZT: _____ STRASSE, ORT: _____

Bei Familienversicherten (z.B. Kindern) benötigen wir noch folgende Angaben des Mitgliedes:

NAME: _____ VORNAME: _____
GEBURTSTAG: _____

Sehr geehrte Patientin, Sehr geehrter Patient,

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Er wird Ihrer Karteikarte beigelegt. **Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht** und dienen ausschließlich dazu, meine Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

- | | JA | NEIN | | JA | NEIN |
|--|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Haben Sie zu hohen Blutdruck? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| 2. Haben Sie zu niedrigen Blutdruck? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. Nehmen Sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung hemmen (z.B. Falithrom, Marcumar)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens? | | | 6. Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? Falls ja, welche: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - angeborene oder erworbene Herzfehler | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. Bestehen z. Zt. sonstige Erkrankungen? Falls ja, welche: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Herzklappenfehler od. Herzklappenprothesen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein? | | |
| - Endokarditis (Herzinnenhautentzündung) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | | |
| - Herzoperationen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | | |
| - Sonstiges: z.B. Herzinfarkt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9. Wann wurden Sie ungefähr zum letzten Mal geröntgt? Welches Organ? | | |
| - Herzschrittmacher? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | | |
| - Herzpaß? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | | |
| 4. Haben oder hatten Sie eine der nachstehend aufgeführten Erkrankungen? | | | 10. Für Patientinnen: Sind Sie schwanger? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 11. Wünschen Sie eine Betäubung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -Erkrankungen des Blutes (z.B. langes Nachbluten, Blutgerinnungsstörungen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 12. Waren Sie innerhalb der letzten 2 Jahre im Krankenhaus? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Allergien (z.B. Medikamente, Heuschnupfen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 13. Befinden Sie sich in regelmäßiger ärztlicher Behandlung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____ | | | | | |
| - Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| - Asthma / Lungenerkrankung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| - Nervenerkrankung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| → befinden oder befanden Sie sich in psychologischer Behandlung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| - Lebererkrankung/Gelbsucht | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| - Rheuma/rheumatisches Fieber | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| - Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| - Anfallsleiden (z.B. Epilepsie) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| - Magen- Darmerkrankung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| - Immunschwäche (HIV positiv) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |

Wünschen Sie, dass wir Sie in unserem Erinnerungsservice (Recall) aufnehmen und Sie zur nächsten fälligen Untersuchung (Bonusstempel) anschreiben?

Datum

Unterschrift des Patienten **BITTE WENDEN →**