



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 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 _____

Krankenkasse / private Krankenversicherung _____

gesetzlich versichert ja nein privat versichert ja nein Basistarif ja nein

Zusatzversicherung ja nein beihilfeberechtigt ja nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der / des ...

Herzens oder Kreislaufs	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Leber	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Nieren	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Schilddrüse	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Magen-Darm-Traktes	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Gelenke (Rheuma)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Wirbelsäule	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Haben oder hatten Sie ...

hohen Blutdruck	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
niedrigen Blutdruck	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Diabetes	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Zahnfleischbluten	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Ohrensausen / Tinnitus	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Epilepsie	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Grünen Star	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Tuberkulose	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Osteoporose	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
HIV (Aids)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Hepatitis	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Wenn ja, welcher Typ?	<input type="radio"/> A	<input type="radio"/> B <input type="radio"/> C
Allergien	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Wenn ja, wogegen?	_____	

Sonstige Infektionen / Erkrankungen: _____



ANAMNESEBOGEN

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie ...

- eine Herzklappenentzündung Angina Pectoris
 einen Herzschrittmacher einen Herzinfarkt

Medikamente: Nehmen Sie ...

- Herzmedikamente Cortison (Kortikoide)
 Schmerzmittel Antidepressiva
 blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar®, ASS?
 Bisphosphate andere Medikamente:

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten? ja nein

Wenn ja, gegen welche?

Für unsere Patientinnen

Sind Sie schwanger? ja nein

Wenn ja, in welcher Woche? _____

Zum Schluss

Knirschen Sie mit den Zähnen? ja nein

Fühlen Sie sich psychisch stark belastet? ja nein

Rauchen Sie? ja nein

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung Ihrer Zähne?

Anmerkungen:

Ich möchte zur regelmäßigen Routineuntersuchung angeschrieben/angerufen werden.

ja nein

Datum

Unterschrift