

ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient!

Für eine an Ihren Gesundheitszustand optimal angepasste zahnärztliche Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Hierfür bitten wir Sie, diesen Fragebogen Vollständig auszufüllen. Sollten einzelne Fragen nicht beantworten können, besprechen Sie diese mit und vor der Behandlung. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht und den allgemeinen Datenschutzbestimmungen.

Persönliches

Name, Vorname (Patient)

Geburtsdatum (Patient)

Krankenkasse

Name, Vorname (Versicherte/r)

Geburtsdatum (Versicherte/r)

Straße

PLZ, Ort

Telefon Festnetz

Telefon Mobil

Hausarzt

Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für die Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig.

Datum _____ Unterschrift Erziehungsberechtigter _____

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?

	Ja	Nein		Ja	Nein
Herz			Kreislauf		
Zustand nach Infarkt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	niedriger Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzinsuffizienz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bluthochdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muskelentzündung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Angina pectoris	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verengte Herzkranzgefäße	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Durchblutungsstörung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rhythmusstörung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Bypassoperation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Erkrankung des blutbildenden Systems		
Herzklappenersatz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Blutarmut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schrittmacher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Augen			Zentrales Nervensystem		
Grüner Star	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	epileptische Anfälle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blase / Niere			Stoffwechsel		
Nierenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dialyse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leber					
Hepatitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			

Bitte wenden

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

	Ja	Nein
HIV bzw. AIFS, Tuberkulose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tumorerkrankungen (Bestrahlung, Chemotherapie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osteoporose, Bisphosphonate	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wenn Sie wegen einer der genannten Erkrankungen in Behandlung sind:

Arzt _____ Ort _____ Tel. _____

Sonstige medizinisch wichtige Informationen

Leiden Sie an Durchblutungsstörungen oder an starken Blutungen? (Zum Beispiel Verletzungen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung? Wenn ja, welche? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe? Wenn ja, welche? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Treten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf? Wenn ja, welche? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind Sie zurzeit schwanger? Wenn ja, in welchem Monat? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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 gerne ein Taxi, dass Sie sicher nach Hause bringt.

Hinweise zur Organisation der Praxis

Um Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen, planen wir Behandlungszeiten ein, die nur für Sie bereitgestellt werden. Sollten Sie vereinbarte Termine nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie aus diesem Grund diese mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Das gibt uns die Chance, Termine anderen Patientinnen und Patienten anzubieten.

Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Gesundheitsangaben mit Ihrer Unterschrift.

Schorten, den _____ Unterschrift _____