Anamnesebogen

NAME: _____ VORNAME: _____
GEBURTSNAME: _____
STRAßE: _____ PLZ , ORT: _____
TEL.- PRIVAT: _____ HANDYNR.: _____
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 beigefügt. **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
1. Haben Sie zu hohen Blutdruck?	☐	☐
2. Haben Sie zu niedrigen Blutdruck?	☐	☐
3. Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens?		
- angeborene oder erworbene Herzfehler	☐	☐
- Herzklappenfehler od. Herzklappen-prothesen	☐	☐
- Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)	☐	☐
- Herzoperationen	☐	☐
- Sonstiges: z.B. Herzinfarkt?	☐	☐
- Herzschrittmacher?	☐	☐
- Herzpaß?	☐	☐
4. Haben oder hatten Sie eine der nachstehend aufgeführten Erkrankungen?		
- Zuckerkrankheit	☐	☐
-Erkrankungen des Blutes (z.B. langes Nachbluten, Blutgerinnungsstörungen)	☐	☐
- Allergien (z.B.Medikamente, Heuschnupfen)	☐	☐
_____		
- Schilddrüsenerkrankung	☐	☐
- Asthma / Lungenerkrankung	☐	☐
- Nervenerkrankung	☐	☐
- Lebererkrankung/Gelbsucht	☐	☐
- Rheuma/rheumatisches Fieber	☐	☐
- Nierenerkrankung	☐	☐
- Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)	☐	☐
- Magen- Darmerkrankung	☐	☐
- Immunschwäche (HIV positiv)	☐	☐

	JA	NEIN
5. Nehmen Sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung hemmen (z.B. Falithrom, Marcumar)?	☐	☐
6. Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?	☐	☐
Falls ja, welche: _____		
7. Bestehen z. Zt. sonstige Erkrankungen?	☐	☐
Falls ja, welche: _____		
8. Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?		
_____		
9. Wann wurden Sie ungefähr zum letzten Mal geröntgt?		
_____		
Welches Organ?		
_____		
10. Für Patientinnen: Sind Sie schwanger?	☐	☐
11. Wünschen Sie eine Betäubung?	☐	☐
12, .Waren Sie innerhalb der letzten 2 Jahre im Krankenhaus?	☐	☐
13.Befinden Sie sich in regelmäßiger ärztlicher Behandlung?	☐	☐

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

_____ _____
Datum Unterschrift des Patienten

BITTE WENDEN →