



Anamnesebogen

Patient

Name.....
Vorname.....
Straße/Nr.....
PLZ/Ort.....
Geburtsdatum.....
Telefon privat.....
Telefon Arbeit.....
Email-Adresse.....
Beruf.....
Überweisender Arzt.....
Hausarzt (Telefon?).....
Kinderarzt

Mitglied

Name.....
Vorname.....
Straße/Nr.....
PLZ/Ort.....
Geburtsdatum.....
Arbeitgeber.....

Kasseninfo

Kasse.....
freiwillig versichert () ja () nein
beihilfeberechtigt () ja () nein
Zuzahlungsbefreiung () ja () nein

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 unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

Sollten Sie einmal einen Termin nicht einhalten können, benachrichtigen Sie uns bitte spätestens einen Arbeitstag (24 Stunden) vorher. Ansonsten behalten wir uns die Berechnung einer Ausfallgebühr vor!

- | | ja | nein | | ja | nein |
|---|-----|------|---|-----|------|
| 1. Haben Sie zu hohen Blutdruck? | () | () | 5. Nehmen oder nahmen Sie Medikamente zur | | |
| 2. Haben Sie zu niedrigen Blutdruck? | () | () | Behandlung einer Osteoporose ein? | () | () |
| 3. Haben oder hatten Sie eine | | | Falls ja, welche: _____ | | |
| Erkrankung des Herzens? | () | () | 6. Nehmen Sie Medikamente ein, die die | | |
| - Angeborene oder erworbene Herzfehler | () | () | Blutgerinnung hemmen (z.B. Marcumar)? | () | () |
| - Herzklappenfehler oder Herzklappen- | | | 7. Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? | () | () |
| prothesen | () | () | Falls ja, welche: _____ | | |
| - Endokarditis (Herzinnenhautentzündung) | () | () | 8. Bestehen z.Zt. sonstige Erkrankungen? | | |
| - Herzoperationen | () | () | Wenn ja, welche: _____ | () | () |
| Sonstiges | () | () | 9. Welche Medikamente nehmen Sie z.Zt. ein? | | |
| Haben Sie einen Herzpaß? | () | () | _____ | | |
| ausgestellt von: _____ | | | _____ | | |
| 4. Haben oder hatten Sie eine der nachstehend | | | 10. Wann wurden Sie zum letzten Mal geröntgt? | | |
| aufgeführten Erkrankungen? | | | Datum (ungefähr) _____ | | |
| - Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) | () | () | Körperteil: _____ | | |
| - Erkrankungen des Blutes (z.B.langes | | | 11. Für Patientinnen: Sind Sie schwanger? | () | () |
| Nachbluten, Blutgerinnungsstörungen) | () | () | 12. Waren Sie innerhalb der letzten zwei | | |
| - Allergien (z.B.Heuschnupfen) | () | () | Jahre im Krankenhaus oder in ärztlicher | () | () |
| - Schilddrüsenerkrankung | () | () | Behandlung? Weswegen? | | |
| - Asthma/Lungenerkrankung | () | () | _____ | | |
| - Krebserkrankung | () | () | 13. Rauchen Sie? Zigaretten pro Tag: _____ | () | () |
| - Nervenerkrankung | () | () | 14. Möchten Sie schriftlich an Kontroll- | | |
| - Lebererkrankung/Gelbsucht | () | () | termine erinnert werden? | () | () |
| - Rheuma/rheumatisches Fieber | () | () | | | |
| - Nierenerkrankung | () | () | | | |
| - Anfallsleiden (z.B. Epilepsie) | () | () | | | |
| - Magen-Darmerkrankung | () | () | | | |
| - Immunschwäche (HIV positiv) | () | () | | | |
| - Stoffwechselstörungen (z.B. Osteoporose) | () | () | | | |

Mit der Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Datum/Unterschrift

_____ **Bitte wenden!**