



Anamnesebogen

Herzlich Willkommen in unserer Praxis

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,

für eine risikofreie Behandlung ist die gewissenhafte Beantwortung einiger Fragen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand von besonderer Bedeutung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Name _____ Vorname _____ Geb. _____

Straße/Hausnummer/PLZ _____

ggf. Versichert über:

Name _____ Vorname _____ Geb. _____

Straße/Hausnummer/PLZ _____

Telefonnummer: _____ Handynummer: _____

E-Mail Adresse: _____

Wie sind Sie versichert? privat gesetzlich

Wie heißt Ihre Krankenkasse? _____

Besteht eine Zahnzusatzversicherung? Ja Nein

Informationen zu Ihrem Hausarzt (Name, Adresse, Telefonnummer):

Was ist der Grund für Ihren Besuch unserer Praxis?
(Zweitmeinung, Schmerzen, Routinekontrolle):

Wie haben Sie unsere Praxis gefunden?

Empfehlung Internet sonstiges

Leiden Sie an einer der nachfolgend aufgeführten Krankheiten?

- Bluthochdruck
- niedriger Blutdruck
- Blutgerinnungsstörung? Wenn Ja, an welcher _____

- Immunschwäche? (Bsp. HIV/AIDS/Tuberkulose)
- Wenn Ja, an welcher _____

- Lebererkrankung? (Bsp. Gelbsucht, Hepatitis A, B, C)
- Wenn Ja, an welcher _____

- Lungenerkrankung? (Bsp. Asthma, COPD)
- Wenn Ja, an welcher _____

- Schilddrüsenerkrankung? (Bsp. Über- oder Unterfunktion)
- Wenn Ja, an welcher? _____

- Diabetes? Wenn Ja, welcher Typ? _____

- Osteoporose? Wenn Ja, nehmen Sie Bisphosphonate ein? Ja Nein

- Rheuma?

- Epilepsie?

- Nierenerkrankung? Wenn Ja, welche? _____

- Grüner Star?

- Grauer Star?

- Magen – Darm Erkrankung? Wenn Ja, welche? _____

- Neigen Sie zur Ohnmacht? Ja Nein

Leiden Sie an einer **Herzerkrankung**:

(Bsp. Herzklappenersatz, Herzinfarkt, Schlaganfall, Angina pectoris, Bypass, Stent, Herzschrittmacher?

Wenn Ja, an welcher? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? (**Bsp. Marcumar, ASS 100**):

Haben Sie Allergien? (**Bsp. Penicillin, Jod, Latex**):

Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein

Wenn Ja, in welchem Monat? _____

Leiden Sie an einer Krankheit, die nicht aufgeführt wurde? Wenn, Ja an welcher?

Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden? o Ja o Nein

Wie wichtig sind Ihnen gesunde Zähne? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(10 sehr wichtig)

Wie wichtig sind Ihnen schöne Zähne? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(10 sehr wichtig)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die **Vollständigkeit** und **Richtigkeit** meiner Angaben. Ich hatte ausreichend Gelegenheit Fragen zu Stellen und verpflichte mich Änderungen **umgehend** mitzuteilen.

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

Termine die nicht rechtzeitig abgesagt werden (**mind. 24 Stunden vorher**), werden Ihnen in Rechnung gestellt.

Datum:

Unterschrift Patient/gesetzlicher Vertreter

Bitte beachten Sie folgende Hinweise zur Lokalanästhesie:

- Nach einer örtlichen Betäubung im Mund, - Gesichts, - und Kieferbereich kann Ihr Verhalten im Straßenverkehr beeinträchtigt werden!

- Außerdem möchten wir Sie darauf hinweisen, dass es nach einer lokalen Leitungsanästhesie in selten Fällen zu einer dauerhaften Taubheit kommen kann.

Datum:

Unterschrift Patient/gesetzlicher Vertreter