



Anamnesebogen

Liebe Patienten,

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

Persönliches

Patientenname Geburtsdatum
 Versichertenname Geburtsdatum
 Straße / Nr. PLZ / Ort
 Telefon E-Mail
 Hausarzt
 Krankenkasse
 Gesetzlich Privat Zahnzusatzversicherung Beihilfeberechtigt Basistarif

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?

Herz	Ja	Nein	Magen-Darm-Trakt	Ja	Nein
Zustand nach Infarkt, Jahr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Magenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Darmerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blase/Nieren	Ja	Nein
Verengung der Herzkranzgefäße	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blasenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bypassoperation, Jahr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dialyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzklappenersatz, Jahr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leber	Ja	Nein
Schrittmacher, Jahr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blasenerkrankung			Bewegungsapparat	Ja	Nein
Kreislauf	Ja	Nein	Rheuma/rheumatoide Arthritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gelenkersatz, wo/wann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zentrales Nervensystem	Ja	Nein
Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	epileptische Anfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall, Jahr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leiden/litten Sie an folgenden Erkrankungen?	Ja	Nein
Erkrankung des blutbildenen Systems	Ja	Nein	HIV bzw. Aids, Tuberkolose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutarmut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumorerkrankungen (Bestrahlung, Chemotherapie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wo		
Atmungswege/Lunge	Ja	Nein			
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Bronchitis/COPD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			



Vegetatives Nervensystem

Kopfschmerzen Ja Nein
Migräne Ja Nein

Stoffwechsel

Diabetes/Typ 1/Typ2 Ja Nein
Schilddrüsenüberfunktion Ja Nein
Schilddrüsenunterfunktion Ja Nein

Sonstige medizinisch wichtige Informationen

Bluten Sie lange, wenn Sie sich schneiden, oder bekommen Sie leicht blaue Flecken? Ja Nein
Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Krankheit? Ja Nein
Wenn ja, welche?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein
Wenn ja, welche?

Nehmen Sie regelmäßig Alkohol oder Drogen ein? Ja Nein
Wenn ja, welche?

Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe? Ja Nein
Wenn ja, gegen welche?

Besitzen Sie einen Allergiepass? Ja Nein
Traten oder treten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf? Ja Nein
Wenn ja, welche?

Sind Sie zur Zeit schwanger? Ja Nein
Wenn ja, in welchem Monat?

Weitere administrativ wichtige Informationen

Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft? (Eintragungen der letzten 5 Jahre) Ja Nein
SMS Terminerinnerung/Mobilnummer: Ja Nein

Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungsterminen

Wir machen Sie hiermit darauf aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann und zwar sowohl durch die Behandlung an sich, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gerne ein Taxi.

Nettetal, den

Unterschrift