



## 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?

<b>Herz</b>	Ja	Nein	<b>Magen-Darm-Trakt</b>	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"/>	<b>Blase/Nieren</b>	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"/>	<b>Leber</b>	Ja	Nein
Schrittmacher, Jahr .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blasenerkrankung			<b>Bewegungsapparat</b>	Ja	Nein
<b>Kreislauf</b>	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"/>	<b>Zentrales Nervensystem</b>	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"/>	<b>Leiden/litten Sie an folgenden Erkrankungen?</b>	Ja	Nein
<b>Erkrankung des blutbildenen Systems</b>	Ja	Nein	HIV bzw. Aids, Tuberkulose	<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 .....		
<b>Atmungswege/Lunge</b>	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 .....