

Anamnesebogen

Herzlich Willkommen in unserer Praxis,

bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine angemessene und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

| | |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| | |
| Nachname, Vorname (Patient) | Geburtsdatum, Geschlecht O m O w |
| | |
| Straße, Hausnummer | Postleitzahl, Wohnort |
| | |
| Telefonnummer (privat) | Telefon (tagsüber) |
| | |
| E-Mail Adresse | Beruf |
| | |
| Name der Versicherung/Krankenkasse | Name des Versicherten, Geburtsdatum |

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden oder bei wem dürfen wir uns ggf. für eine Empfehlung bedanken?

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich:

| Herz-Kreislauf-Erkrankungen | JA | NEIN | Medikamente |
|--|-----------------------|-----------------------|--------------------|
| Hoher Blutdruck(Hypertonie)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Niedriger Blutdruck(Hypotonie)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Herzklappenerkrankung/-defekte? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Koronare Herzkrankheiten(Angina Pectoris)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Herzschrittmacher? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Endokarditis-Prophylaxe? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Ein Glaukom (Grünen Star) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Infektionserkrankungen | JA | NEIN | Medikamente |
| HIV ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Hepatitis A, B oder C? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Tuberkulose? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Andere | | | |

| Allergien/Unverträglichkeiten | JA | NEIN | Name des Medikaments |
|-------------------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------|
| Lokalanästhetika(Betäubung) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Schmerzmittel | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Antibiotika(z.B.Penicillin) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Allergiepass | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Andere | | | |

| Weitere Erkrankungen | JA | NEIN | Medikamente |
|--|-----------------------|-----------------------|-------------|
| Blutgerinnungsstörungen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Asthma? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Chronische Lungenerkrankungen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Schilddrüsenerkrankung? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Rheuma? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Epilepsie(Anfallleiden)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Diabetes? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Leber-/Nierenfunktionsstörung? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Tumorerkrankungen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Nehmen/Nahmen sie je Bisphosphonate? (z.B. Alendronsäure, Zoledronat) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Andere | | | |

| Allgemeine Angaben | JA | NEIN | |
|-------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------------|
| Rauchen Sie? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Besteht eine Schwangerschaft? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | wenn ja, welcher Monat_____ |

Sehr geehrter Patient/in,

Sie kommen in eine Praxis, die nach einem Bestellsystem geführt wird. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten und wir sind am vereinbarten Termin für Sie da. Sollte es Ihnen einmal nicht möglich sein, einen vereinbarten Termin wahrzunehmen, ist es unbedingt erforderlich, dass Sie uns Ihre Verhinderung mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin mitteilen. Gerne vereinbaren wir mit Ihnen einen neuen Termin. Setzen Sie uns nicht rechtzeitig über Ihre Verhinderung in Kenntnis, dürfen wir Sie darauf aufmerksam machen, dass Ihnen in diesem Falle eine Entschädigung in Rechnung gestellt werden kann (§§615/280BGB).

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht sowie den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Mit der Erfassung und Bearbeitung Ihrer Datengemäß § 4a Bundesdatenschutzgesetzes(BDSG) bin ich einverstanden.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum

Unterschrift