



Anamnesebogen

Erhebungsbogen über vorhandene Erkrankungen

Auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie um ein gewissenhaftes Ausfüllen dieses Anamnesebogens. Bitte beachten Sie, dass diese Angaben auf das Strengste der ärztlichen Schweigepflicht in unserer Praxis unterliegen. Sie dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen und Ihnen und uns eine sichere und angenehme Behandlung zu garantieren.

Patient: _____
Name Vorname Geburtsdatum

Persönliche Anschrift: _____
Strasse / Hausnummer Postleitzahl Ort

Persönliche Kontaktdaten: _____
Telefonnummer E-Mail

Krankenkasse: _____ Arbeitgeber: _____

Sind Sie in ärztlicher Behandlung?.....(J) / (N)

Wenn Ja: Name und Ort des behandelnden Arztes: _____

Wegen welcher Erkrankung wurden oder werden Sie behandelt? _____

Herzerkrankungen: Herzinsuffizienz..... (J) / (N)
Herzschrittmacher (J) / (N)
Zustand nach Herzklappen-Operation..... (J) / (N)
Angina Pectoris..... (J) / (N)

Kreislaufferkrankungen: Hoher Blutdruck..... (J) / (N)
Niedriger Blutdruck..... (J) / (N)
Zustand nach Herzinfarkt..... (J) / (N)
Einnahme gerinnungshemmender Medikamente (ASS, Marcumar...) (J) / (N)
Ohnmachtsanfälle (J) / (N)



Anamnesebogen

Erhebungsbogen über vorhandene Erkrankungen

Stoffwechselerkrankungen: Diabetes..... (J) / (N)
Schilddrüsenerkrankungen (J) / (N)
Magen-Darmerkrankungen..... (J) / (N)

Erkrankungen des Nervensystems: Epilepsie..... (J) / (N)
Multiple Sklerose..... (J) / (N)

Bluterkrankungen: Blutungsneigung (Hämophilie)..... (J) / (N)
Anämie..... (J) / (N)

Allergien: Penicillin-Überempfindlichkeit..... (J) / (N)
Asthma..... (J) / (N)
Besitzen Sie einen Allergiepass?..... (J) / (N)
Überempfindlichkeit gegen _____

Infektionserkrankheiten: Hepatitis A / B / C..... (J) / (N)
HIV / AIDS..... (J) / (N)
Tuberkulose..... (J) / (N)

Sonstige Erkrankungen _____

Welche **Medikamente** nehmen Sie zur Zeit ein? _____

Weitere Angaben: Sind oder waren Sie drogenabhängig?..... (J) / (N)
Sind Sie frisch operiert?..... (J) / (N)
Wann war Ihre letzte Röntgenaufnahme? _____
Sind Sie schwanger? (Monat: _____)..... (J) / (N)
(Wegen des Mutterschutzes bitten wir Sie um sofortige Mitteilung, wenn während des Behandlungszeitraumes eine Schwangerschaft eintritt)

Welches Anliegen hat Sie zu uns geführt? _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Wir danken für Ihre Angaben!

Bitte beachten Sie, dass für die Zeit Ihrer zukünftigen Termine keine weiteren Patienten einbestellt werden.
Informieren Sie uns rechtzeitig, falls Sie diesen Termin nicht einhalten können.

Datum / Unterschrift