

Anamnesebogen



Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns sehr, dass Sie in unsere Zahnarztpraxis gekommen sind! Um Sie optimal behandeln zu können, benötigen wir einige Informationen von Ihnen. Ihre Angaben erfassen wir in diesem ausführlichen

Anamnesebogen, der alle nötigen Fragen beinhaltet. Den ausgefüllten und unterschriebenen Bogen händigen Sie uns bitte vor der Behandlung aus.

Patient

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____

Mobil: _____

Krankenkasse/Beihilfe: _____

Beruf: _____

Hausarzt: _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ, Ort: _____

Geburtsort: _____

Geschlecht: _____

E-Mail: _____

Besitzen Sie ein Bonusheft? Ja Nein

Arbeitgeber: _____

Anschrift (falls bekannt): _____

Versicherter (nur ausfüllen falls abweichend von Patient)

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

Vorname: _____

Telefon: _____

PLZ/Ort: _____

Bei den folgenden Fragen kreuzen Sie Zutreffendes bitte an. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

Für Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft?

Ja Nein

Haben Sie zu hohen Blutdruck?

Haben Sie niedrigen Blutdruck?

Nehmen Sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung hemmen? z.B. Marcumar, ASS, Plavix, Clopidogrel?

Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?

Wenn ja, welche:

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Bitte füllen Sie diesen Punkt gewissenhaft aus!

Haben/hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?	Ja	Nein
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfallsleiden (z.B. <i>Epilepsie</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankung des Blutes (z.B. langes Nachbluten, Blutgerinnungsstörungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Immunschwäche (<i>HIV/Aids</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung / Gelbsucht (<i>Hepatitis</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenerkrankungen / Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen-Darmerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma / rheumatisches Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzfehler, künstliche Herzklappen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endokarditis (<i>Herzinnenhautentzündung</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemnot bei Belastung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen in der Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges? Bitte angeben:	_____	

Bestehen sonstige Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche:	_____	

Waren Sie innerhalb der letzten zwei Jahre im Krankenhaus oder in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, warum:	_____	

Haben Sie einen Röntgenpass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--------------------------	--------------------------

Wann wurden Sie das letzte Mal geröntgt?	_____
---	-------

Möchten Sie in unser Termin-Erinnerungsprogramm aufgenommen werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Wodurch wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?	_____
--	-------

Ich verpflichte mich, Änderungen die sich während der Behandlung ergeben, dem behandelnden Arzt mitzuteilen.

Datum

Unterschrift