

Anamnesebogen

Zahnärztin
Dr. med. dent. Elena Konstanze Walter
M.Sc. und MOM in Implantology
Praxis für Zahnheilkunde und Implantologie



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.

Patientin

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?

Sind Sie Raucher?

Anzahl Zigaretten pro Tag: _____

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. Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Erkrankung des Blutes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Immunschwäche (HIV/Aids)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lebererkrankung / Gelbsucht (Hepatitis)	<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"/>	
Diabetes / Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Langzeitwert: _____
Pflegegrad vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pflegestufe: _____

Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens? Ja Nein

Herzfehler, künstliche Herzklappen Ja Nein

Endokarditis (Herzinnenhautentzündung) Ja Nein

Herzschrittmacher Ja Nein

Sonstiges? Bitte angeben: _____

Bestehen sonstige Erkrankungen? Ja Nein

Wenn ja, welche: _____

Waren Sie innerhalb der letzten zwei Jahre im Krankenhaus oder in ärztlicher Behandlung? Ja Nein

Wenn ja, warum: _____

Haben Sie eine Zusatzversicherung? Ja Nein

Haben Sie einen Röntgenpass? Ja Nein

Wann wurden Sie das letzte Mal geröntgt? _____

Möchten Sie in unser Termin-Erinnerungsprogramm aufgenommen werden? Ja Nein

Wodurch wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? _____

Ich verpflichte mich, Änderungen die sich während der Behandlung ergeben, dem behandelnden Arzt mitzuteilen. Die Patienteninformation zur Datenverarbeitung sowie die aktuelle DSGVO die im Wartezimmer ausliegen, habe ich gelesen und akzeptiere diese mit meiner Unterschrift.

Datum

Unterschrift