



## ANAMNESEFRAGEBOGEN

NAME, VORNAME

GEBURTSDATUM

VERSICHERT BEI NAME, VORNAME

GEBURTSDATUM

ANSCHRIFT

E-MAIL PRIVAT

TELEFON PRIVAT

BERUF/ARBEITGEBER

TELEFON GESCHÄFTLICH

KRANKENKASSE/KRANKENVERSICHERUNG/PRIVATVERSICHERUNG

HAUSARZT BZW. BEHANDELNDER ARZT

TELEFON

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bestehende Veränderungen Ihres allgemeinen gesundheitlichen Zustandes können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen gewissenhaft. Die Antworten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes.

Bestehen oder bestanden Veränderungen Ihres Gesundheitszustandes?  
Zutreffendes bitte ankreuzen oder ergänzen.

### HERZERKRANKUNGEN

- Herzschwäche
- unregelmäßiger Herzschlag
- verminderte Herzdurchblutung
- Herzoperationen
- Herzfehler
- Herzschrittmacher

### BLUTERKRANKUNGEN

- Hämophilie/Blutungsneigung
- Anämie/Blutarmut
- Leberentzündung/Gelbsucht
- Hepatitis A/B/C
- Tuberkulose
- HIV-Infektion/Aids

### ALLERGIEN

- Ausschläge/Ekzeme
- Asthma
- Überempfindlichkeit gegen  
Medikamente oder andere Stoffe

### KREISLAUFERKRANKUNGEN

- erhöhter Blutdruck
- niedriger Blutdruck
- Ohnmachtsanfälle
- Gefäßveränderungen
- Schlaganfall
- Thrombose
- Einnahme gerinnungshemmender  
Medikamente

### INFEKTIONSKRANKHEITEN

- Leberentzündung/Gelbsucht
- Hepatitis A/B/C
- Tuberkulose
- HIV-Infektion/Aids

### WEITERES

- sonstige Erkrankungen
- Operationen
- Narbenbildungen

### STOFFWECHSELERKRANKUNGEN

- Diabetes/Zuckerkrankheit
- Magen-Darm-Erkrankung
- Schilddrüsenerkrankung
- rheumatische Erkrankung

## GESUNDHEITZUSTAND

Zutreffendes bitte ankreuzen und ggf. ergänzen.

Wurden Sie in den letzten Jahren geimpft? Wenn ja, wann? Traten Komplikationen auf?

[ ]

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein? Wenn ja, welche?

[ ]

Waren oder sind Sie tabletten-/alkohol-/drogenabhängig? Rauchen Sie?

[ ]

Sind Sie schwanger?

[ ]

## BEHANDLUNG

Wünschen Sie zur Vermeidung möglicher Schmerzen die Behandlung unter örtlicher Betäubung (Spritze)?

[ ]

**Neue wissenschaftliche Erkenntnisse beeinflussen die Art und Weise zahnärztlicher Behandlungen. Wir sind bestrebt dies bei unserer Arbeit zu berücksichtigen.**

Haben Sie zahnmedizinisch relevante Fragen, über die Sie gern aufgeklärt/beraten werden möchten?

[ ]

Haben Sie Interesse an den Möglichkeiten

[ ] der Vorbeugung von Zahn- und Zahnfleischerkrankungen?

[ ] neuerer und besserer zahnmedizinischer Versorgung, auch wenn diese Leistungen nicht oder nur zum Teil von Ihrer Krankenversicherung bezahlt werden?

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

**beachten Sie bitte, dass unsere Praxis nach einem Bestellsystem arbeitet, d. h. halten Sie Ihre Termine pünktlich ein bzw. geben Veränderungen spätestens 24 Stunden vorher bekannt, damit der Termin neu vergeben werden kann. Dennoch auftretende Wartezeiten bitten wir zu entschuldigen, jedoch können Schmerzbehandlungen, schwierige Operationen oder auch die Behandlung von Kindern zu Verzögerungen führen.**

UNTERSCHRIFT PATIENT/ERZIEHUNGSBERECHTIGTER

**Zahnarztbesuche in regelmäßigen Abständen sind wichtig, um mögliche Zahn- und Zahnfleischerkrankungen frühzeitig zu erkennen, zu behandeln und um den Erfolg vorangegangener Behandlungen zu sichern. Wir haben daher für unsere Patienten ein Bestellsystem eingerichtet, welches Sie nach Abschluss der Behandlung rechtzeitig an die fällig werdende Kontrolluntersuchung erinnert. Wenn Sie in das Bestellsystem aufgenommen werden möchten, bestätigen Sie dies mit einer zweiten Unterschrift.**

2. UNTERSCHRIFT PATIENT/ERZIEHUNGSBERECHTIGTER