

Anamnesebogen

Herzlich Willkommen in unserer Praxis. Bevor wir uns in aller Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch einige Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist sehr wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung.

Name, Vorname: _____

Geb. Datum: _____

Adresse

Telefon (privat/Handy): _____

E-Mail: _____

Name und Anschrift _____

Ihres Hausarztes _____

Bitte zutreffendes ankreuzen:

ja/nein **Haben Sie Allergien (Latex, Penicillin, etc.)?**

Wenn ja, welche? _____

ja/nein **Besteht eine Epilepsie?**

ja/nein **Haben oder hatten Sie eine Herz- Kreislauferkrankungen?**

z.B.:

Zu hoher Blutdruck

Herzklappenfehler

Niedriger Blutdruck

Herzmuskelentzündung

Herzinfarkt

Künstliche Herzklappe

Herzschrittmacher

ja/nein

Besitzen Sie einen Herzpass?

ja/nein

Haben Sie Diabetes (Zuckerkrankheit)?

ja/nein

Haben Sie eine Atemwegserkrankung (Asthma, COPD)?

ja/nein

Besteht eine Thromboseerkrankung?

ja/nein

Hatten oder haben sie eine Tumorerkrankung (Krebs)? Wenn ja, welche:

ja/nein

Besteht eine verstärkte Blutungsneigung (Blutgerinnungsstörungen)?

ja/nein

Haben oder hatten Sie Infektionskrankheiten (z.B. HIV, Hepatitis, TBC o.ä.)?

Wenn ja, welche:

ja/nein

Haben Sie eine Lebererkrankung?

ja/nein

Haben Sie künstliche Gelenke (u.a. Knie, Hüfte)?

ja/nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Wenn ja, welche:

ja/nein

Haben Sie sonstige Erkrankungen?
(z.B.: Creuzfeldt- Jakob, MRSA- Krankenhauskeim ...)

ja/nein

Für Patientinnen: Sind Sie schwanger?

Wenn ja, in welchem Schwangerschaftsmonat:

ja/ nein

**Wünschen Sie Recall zur Durchsicht oder Zahnreinigung?
(Eine Erinnerung alle 6 Monate zur Durchsicht oder Zahnreinigung.)**

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht, den *Bestimmungen* des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt.

Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.

Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.

Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 2 Tage im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.

Datum und Unterschrift