



Anamnesebogen

Sehr geehrte/r Herr/Frau,
für eine an Ihren Gesundheitszustand optimal angepasste zahnärztliche Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Hierfür bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, besprechen Sie diese mit uns vor der Behandlung. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?

Bitte Zutreffendes ankreuzen.

Herz

- Zustand nach Infarkt
- Herzinsuffizienz/Herzkranzgefäßverengung
- Schrittmacher
- Endokarditis
- Herzklappenersatz
- Herz-OP mit Verwendung von Fremdmaterialien
- Angeborener Herzfehler (operativ behandelt)

Kreislauf

- Hoher Blutdruck
- Niedriger Blutdruck
- Angina pectoris/Durchblutungsstörung
- Schlaganfall

Erkrankung des blutbildenden Systems

- Blutarmut
- Bluter

Augen

- Grauer Star
- Grüner Star

Atmungswege/Lunge

- Asthma
- Bronchitis

Magen-Darm-Trakt

- Magenerkrankung
- Darmerkrankung

Blase/Nieren

- Blasen-Nierenerkrankung
- Nierenproblematik (Amalgamunverträglichkeit)
- Dialyse

Leber

- Gelbsucht
- Hepatitis

Zentrales Nervensystem

- Epileptische Anfälle/Anfallsleiden

Stoffwechsel

- Zuckerkrankheit/Diabetes
- Schilddrüsenunterfunktion
- Schilddrüsenüberfunktion

Knochenerkrankung

- Bisphosphonattherapie



Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

- HIV bzw. AIDS, Tuberkolose
- Creutzfeldt-Jacob oder deren Varianten (vCJK)
- MRSA-Krankenhauskeim
- Tumorerkrankungen (Bestrahlung, Chemotherapie)

Sonstige medizinisch wichtige Informationen:

Bluten sie lange wenn Sie sich schneiden, oder bekommen Sie leicht blaue Flecken?

- ja
- nein

Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung?
Wenn ja, welche?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?
Wenn ja, welche?
Bitte legen Sie uns Ihren aktuellen Medikamentenplan vor!

Besitzen Sie einen Allergiepass?
Wenn ja, gegen welche Stoffe sind Sie allergisch?.....

Traten oder treten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf?
Wenn ja, welche?

Nehmen Sie regelmäßig Alkohol oder Drogen zu sich?
Wenn ja, welche?

Rauchen Sie?
Wenn ja, wieviel?

Für unsere Patientinnen: Sind Sie schwanger?
Wenn ja, welche Schwangerschaftswoche?

Weitere administrativ wichtige Informationen

Möchten Sie von uns an Ihre halbjährlichen Kontrolltermine erinnert werden?

- ja
- nein

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Wie sind Sie gesetzlich versichert?
 gesetzlich privat, wenn ja, welcher Tarif?

Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungsterminen

Wir machen Sie hiermit aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann und zwar sowohl durch die Behandlung an sich, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi.

Hinweise zur Organisation

Wir bieten Ihnen den Service einer reinen Bestellpraxis. Das heißt, an Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert. Wir bitten Sie daher, Termine rechtzeitig, jedoch mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Durch Fernbleiben entstandene Kosten können Ihnen berechnet werden.

Großhartmannsdorf, den.....Unterschrift.....