



Anamnesebogen

Patientendaten:

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____
Postleitzahl/Ort: _____ Straße/Hausnr.: _____ Geburtsort: _____
Telefon/Mobil: _____ E-Mail*: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf Ihre Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Er wird Ihrer Karteikarte beigelegt. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

(Bitte zutreffendes ankreuzen!)

1. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Wenn ja, welche?.....

2. Nehmen Sie Medikamente ein, welche die Blutgerinnung hemmen?

(z.B. Marcumar?) Wenn ja, welche?.....

3. Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?

Wenn ja, welche

4. Neigen Sie zu allergischen Reaktionen?

– Bei bestimmten Materialien?

☐

– Bei bestimmten Nahrungsmitteln?

☐

– Haben Sie eine

– Penicillinallergie?

☐

– Jodallergie?

☐

– Latexallergie?

☐

Bitte die Rückseite beachten!

5. Haben Sie einen nachgewiesenen Pflegegrad?

Wenn ja, welchen?.....

6. Leiden oder litten Sie an nachfolgenden Krankheiten?

– Infektionskrankheiten (z.B. Tuberkulose, Hepatitis, Aids)?

☐

– Lebererkrankungen?

☐

– Zu hoher Blutdruck?

☐

– Zu niedriger Blutdruck?

☐

– Schlaganfall?

☐

– Nierenerkrankungen?

☐

– Diabetes?

☐

– Rheumatismus/ rheumatisches Fieber?

☐

– Asthma/ Lungenerkrankungen?

☐

– Blutkrankheiten oder Blutgerinnungsstörungen?

☐

– Nervenerkrankungen?

☐

– Anfalls leiden (z.B. Epilepsie)?

☐

– Sonstige Erkrankungen?

☐

Wenn ja, welche?

7. Sind Sie im letzten Jahr operiert worden?

Wenn ja, in welchem Körperbereich?

8. Haben / hatten Sie Verletzungen im Kiefer-Gesichtsbereich?

☐

9. Haben Sie die Anästhesie beim Zahnarzt bisher gut vertragen?

☐

10. Sind Sie schwanger/ könnten Sie schwanger sein?

☐

11. Haben Sie einen Röntgenpass?

☐

12. Wann sind Sie das letzte Mal geröntgt worden?

☐

In welchem Körperbereich?

☐

13. Name und Anschrift des Hausarztes:.....

.....

14. Gibt es einen bestimmten Grund, warum Sie uns aufsuchen (Zweitmeinung, Beschwerden, Routinekontrolle etc.)?.....

15. Haben Sie besondere Wünsche bzgl. der Behandlung, Terminierung etc., die Sie uns mitteilen möchten?

.....

16. Wann wurde die letzte professionelle Zahnreinigung bei Ihnen durchgeführt?

17. Haben Sie ein Bonusheft?

☐

18. Wie/durch wen wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?*

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner vorstehenden Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

* = freiwillige Angaben