



Anamnesebogen

Allgemeinerkrankung können unsere zahnmedizinische Behandlung beeinträchtigen. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen mit großer Sorgfalt auszufüllen. Die Angaben dienen ausschließlich dazu, ihren Gesundheitszustand zu berücksichtigen.

Patient: Name Vorname Geburtsdatum/-ort
Anschrift: Straße PLZ Ort
Tel. Mobil E-Mail
Arbeitgeber Beruf Tel. gesch.

Versicherung Gesetzlich Privat Beihilfeberechtigt Zusatzversicherung

Krankenkasse

Versicherter/Zahlungspflichtiger/gesetzlicher Vertreter (nur ausfüllen, falls anders als Patient)

Name..... Vorname Geburtsdatum/-ort.....

Name und Anschrift des Hausarztes:

Wegen welcher Krankheit werden oder wurden Sie behandelt?

Bitte zutreffendes ankreuzen und ausfüllen.

		Ja	Nein
Herzerkrankungen:	Herzschwäche (Insuffizienz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Herzasthma (Angina Pectoris)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreislaufferkrankung:	zu hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	zu niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Herzinfarkt, wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Einnahme gerinnungshemmende Medikamente wenn ja welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stoffwechselerkrankung:	Zuckererkrankung (Diabetes mellitus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Magen-Darm-Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen des Nervensystems:	z.B. epileptiforme Anfälle/Krämpfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluterkrankungen:	Blutungsneigung (Hämophilie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Blutarmut (Anämie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien:	Allergie gegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Besitzen Sie einen Allergiepass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Penicillin-Überempfindlichkeit oder – Allergie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Überempfindlichkeit gegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionskrankheiten:	Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A oder B)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	chronische Erkrankungen der Atemwege – Husten etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Immunsystem:	Aids, HIV-positiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Erkrankungen des Immunsystems? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Erkrankungen:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie aktuell Medikamente gegen Knochenstoffwechselstörungen wie zum Beispiel Osteoporose (z.B. Bisphosphonate) bzw. haben Sie diese in der Vergangenheit eingenommen?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Medikamente bei Ihnen nicht gewirkt?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weitere Angaben:	Sind oder waren Sie drogenabhängig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sind Sie frisch operiert, wenn ja wo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wann wurden Sie zum letzten Mal geröntgt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sind Sie schwanger? Wenn ja, welcher Monat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Welche Hilfsmittel zur Zahnpflege nutzen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Patient/Versicherter/Zahlungspflichtiger/gesetzlicher Vertreter