



# 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
<b>Herzerkrankungen:</b>	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"/>
<b>Kreislaufferkrankung:</b>	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"/>
<b>Stoffwechselerkrankung:</b>	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"/>
<b>Erkrankungen des Nervensystems:</b>	z.B. epileptiforme Anfälle/Krämpfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Bluterkrankungen:</b>	Blutungsneigung (Hämophilie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Blutarmut (Anämie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Allergien:</b>	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"/>
<b>Infektionskrankheiten:</b>	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"/>
<b>Immunsystem:</b>	Aids, HIV-positiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Erkrankungen des Immunsystems? Wenn ja, welche? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sonstige Erkrankungen:</b> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Nehmen Sie aktuell Medikamente gegen Knochenstoffwechselstörungen wie zum Beispiel Osteoporose (z.B. Bisphosphonate) bzw. haben Sie diese in der Vergangenheit eingenommen?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit?</b> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Haben Medikamente bei Ihnen nicht gewirkt?</b> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Weitere Angaben:</b>	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