

Liebe Patientin, Lieber Patient!

Bevor wir uns in Ruhe über ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskunft über ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Anamnesebogen auszufüllen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht unserer Praxis.

Stammdaten

Name/Vorname _____ geb. _____

Straße / Hausnr. _____

Postleitzahl/Ort _____ E-Mail _____

Telefon _____ Mobil _____

Beruf _____ Arbeitgeber _____

Mitglied (Versicherter) / Zahlungspflichtige/r

Name/Vorname _____ geb. _____

Straße / Hausnr. _____

Postleitzahl/Ort _____ E-Mail _____

Telefon _____ Mobil _____

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam: _____

1. Hatten/haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

	Ja	Nein		Ja	Nein
Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Leberkrankheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zuckerkrankheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hepatitis A / B / C	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rheuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Glaukom	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Dialyse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tumor/Karzinom/Krebs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Epilepsie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bluterkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schilddrüsenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blutgerinnungsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Lähmungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HIV-Infektion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schlaganfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TBC	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Herzinfarkt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nierenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Kreislaufkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Hausarzt:

Name _____ Telefon _____



Haben Sie allergische Reaktionen/Unverträglichkeiten

auf Medikamenten bzw. Materialien?

Ja Nein

wenn ja, welche?

Haben Sie einen Allergie-Pass?

Ja Nein

Blutdruck:

niedrig

normal

hoch

ggf. Werte

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Ja Nein

ggf. welche?

Nehmen Sie Bisphosphonate

Ja Nein

Nehmen Sie Marcumar / Ass / Plavix

Ja Nein

2. Tragen Sie einen Herzschrittmacher/-klappe?

Ja Nein

Haben Sie einen Herzpass?

Ja Nein

3. Rauchen Sie?

Ja Nein

4. Besteht eine Schwangerschaft?

Ja

Nein

ungewiss

ggf. wievielte Woche?

5. Sonstige Angaben/andere Krankheiten

6. Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?

Ja Nein

7. Haben Sie Interesse an einer Professionelle Zahnreinigung?

Ja Nein

8. Möchten Sie per SMS an ihren Termin erinnert werden?

Ja Nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu.

Datum

Unterschrift Patient/in
