



Anamnesebogen

Herzlich Willkommen in unserer Praxis.

Wir freuen uns, Sie als unseren Patienten begrüßen zu dürfen.

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 bitte mit uns vor der Behandlung. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht.

Name, Vorname:

Geburtsdatum, -ort:

_____ in _____

Anschrift:

Telefonnummer / Mobil:

Emailadresse:

Pflegegrad:

Betreuer:

Bei Familienversicherten: bei wem sind Sie Versichert?

Bitte nennen Sie uns Name, Anschrift und Geburtsdatum des Stammversicherten.

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass ich einen Termin mindesten 24 Stunden vorher absagen muss, falls ich diesen nicht wahrnehmen kann. Mir ist bewusst, dass ich im Falle eines unentschuldigten Fehlens, sowie einer verspäteten Terminabsage eine Ausfallgebühr in Höhe von 50 € zu entrichten habe.



Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?

Herz

- ☐ Zustand nach Infarkt
- ☐ Herzinsuffizienz
- ☐ Muskelentzündung
- ☐ Verengung der Herzkranzgefäße
- ☐ Rhythmusstörungen
- ☐ Bypassoperation
- ☐ Herzklappenersatz
- ☐ Schrittmacher

Kreislauf

- ☐ Niedriger Blutdruck
- ☐ Bluthochdruck
- ☐ Angina pectoris
- ☐ Durchblutungsstörungen
- ☐ Schlaganfall

Erkrankung des blutbildenden Systems

- ☐ Blutarmut
- ☐ Blutgerinnungsstörung
- ☐ Bluter

Augen

- ☐ Grauer Star
- ☐ Grüner Star / Glaukom

Atmungswege/Lunge

- ☐ Asthma
- ☐ Bronchitis

Magen-Darm-Trakt

- ☐ Magenerkrankung
- ☐ Darmerkrankung

Blase-Nieren

- ☐ Blasenerkrankung
- ☐ Nierenerkrankung
- ☐ Dialyse



Leber

- ☐ Gelbsucht
- ☐ Hepatitis

Bewegungsapparat

- ☐ Rheuma
- ☐ Rheumatoide Arthritis
- ☐ Gicht

Zentrales Nervensystem

- ☐ Epileptische Anfälle

Vegetatives Nervensystem

- ☐ Kopfschmerzen
- ☐ Migräne

Stoffwechsel

- ☐ Zuckerkrankheit
- ☐ Schilddrüsenüberfunktion
- ☐ Schilddrüsenunterfunktion

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

- ☐ Haut und/oder Geschlechtskrankheiten
- ☐ HIV bzw. AIDS, Tuberkulose
- ☐ Tumorerkrankungen (Bestrahlung, Chemotherapie)
- ☐ Osteoporose
- ☐ Röteln, Mumps, Masern, Scharlach

Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

Nehmen Sie regelmäßig Alkohol oder Drogen zu sich? Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel?



Sind Sie allergisch auf bestimmte Medikamente oder andere Stoffe? Wenn ja, welche?

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

Für weibliche Patienten:

Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, in welcher Woche befinden Sie sich?

Möchten Sie an Ihre halb-jährliche Kontrolltermine erinnert werden?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

Bei wem befinden Sie sich in Ärztlicher Behandlung?

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.

Lieber Patient,
wenn Sie zu einer Implantatberatung zu uns kommen, möchten wir Sie
darauf hinweisen, das schriftliche Kostenvoranschläge schon eine
Privatleistung darstellen und privat zu vergüten sind.

Oberharz am Brocken, den _____

Unterschrift _____