

Liebe Patientin, lieber Patient!

Schön, dass Sie hier sind! Bevor wir uns um Ihre Anliegen kümmern können, benötigen wir einige Auskünfte zu Ihrer Person und Ihrer Gesundheit. Im Rahmen Ihrer zahnärztlichen Behandlung ist es für uns wichtig, über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand oder Vorerkrankungen informiert zu sein. Denn auch Allgemeinerkrankungen und zahnärztliche Behandlung können sich gegenseitig beeinflussen.

Das Praxisteam bittet Sie, die nachfolgenden Fragen bestmöglich zu beantworten. Sollten Sie dabei Hilfe benötigen oder wünschen, wenden Sie sich gerne an uns.

Dieser Anamnesebogen wird jährlich aktualisiert und natürlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

Name:.....

Geburtsdatum:..... Vers. Nr.:

Anschrift:.....

Telefonnummer:..... E-Mail:.....

Beruf:..... Beschäftigt bei:.....

Versicherter (bei Mitversicherung)..... Vers. Nr.:

Krankenkasse:..... Zusatzversicherung: JA NEIN

Ihr Hausarzt:

ANAMNESE:

Herz/Kreislauf/Blutdruck:

* Herzfehler/Herzschwäche	JA	NEIN	Medikamente:
* Herzinfarkt (wann?)	JA	NEIN	.....
* Herzschrittmacher	JA	NEIN	.....
* Herzoperationen (Herzklappen, Stents, Bypass...)	JA	NEIN	.....
* Herzrhythmusstörungen	JA	NEIN	.....
* Angina pectoris	JA	NEIN	.....
* Hoher Blutdruck	JA	NEIN	.....
* Niederer Blutdruck	JA	NEIN	.....
* Sonstiges:.....			

Stoffwechselerkrankungen:

* Schilddrüsenüber-/ unterfunktion	JA	NEIN	Medikamente:
* Diabetes mellitus Typ I / Typ II	JA	NEIN	.....
* Insulin	JA	NEIN	Ihr letzter <u>HbA1c Wert</u> :

Gefäße:

* Schlaganfall (wann)	JA	NEIN	Medikamente:
* Durchblutungsstörungen	JA	NEIN	.....
* Thrombosen	JA	NEIN	.....

Blut:

* Blutgerinnungsstörungen / Blutverdünnung	JA	NEIN	Medikamente:
* Nachbluten bei Operationen	JA	NEIN	.....

Infektionskrankheiten:

* Hepatitis A – B – C	JA	NEIN	Medikamente:
* Tuberkulose	JA	NEIN	.....
* HIV/AIDS	JA	NEIN	.....
* Krankenhauskeime (z.B. MRSA)	JA	NEIN	.....

Knochen/Skelettsystem:

Medikamente:

* Gelenkserkrankungen	JA	NEIN	.....
* Rheuma	JA	NEIN	.....
* Wirbelsäule	JA	NEIN	.....
* Osteoporose/Osteopenie	JA	NEIN	.....

Wurden Sie in der Vergangenheit oder werden Sie aktuell mit Bisphosphonaten behandelt?	JA	NEIN
---	----	------

Wegen welcher Diagnose?.....	Welches Präparat?.....
------------------------------	------------------------

Haben Sie bereits künstliche Gelenke, Endoprothesen, Implantate, Transplantate? Welche?	JA	NEIN.....
---	----	-----------

Leiden Sie unter Erkrankungen der/des:

Medikamente:

* Leber / Nieren	JA	NEIN	.....		
* Magen-Darm-Trakt	JA	NEIN	.....		
* Reflux/Sodbrennen	JA	NEIN	.....		
* Muskeln	JA	NEIN	.....		
* Epilepsie	JA	NEIN	.....		
* Nerven/Gemüt (Depressionen, Angstzustände,...)	JA	NEIN	.....		
* Tumorerkrankungen	JA	NEIN	.....		
* Augen/Ohren	JA	NEIN	.....		
Hörgerät	JA	NEIN	Cochlea-Implantat	JA	NEIN

Haben Sie Allergien?

* auf Medikamente	JA	NEIN	Welche?.....		
* örtliche Betäubung/Lokalanästhesie	JA	NEIN	Welche?.....		
* Nahrungsmittel	JA	NEIN	* Latex	JA	NEIN
* Jod	JA	NEIN	* Metalle	JA	NEIN
* Sonstige.....					

Nehmen Sie:

Welche?

* Schmerzmittel	JA	NEIN	.....
* Immunsuppressiva	JA	NEIN	.....
* Cortison	JA	NEIN	.....
* Psychopharmaka	JA	NEIN	.....
* Nahrungsergänzungsmittel	JA	NEIN	.....

Für unsere Patientinnen:

* Sind Sie schwanger? Geburtstermin?	JA	NEIN	.....	* Stillen Sie?	JA	NEIN
* Nehmen Sie die Antibabypille?	JA	NEIN	.....			

Diverses:

Rauchen Sie? Wieviel täglich?	JA	NEIN	.....			
Trinken Sie Alkohol?	JA	NEIN	.....	Täglich?	JA	NEIN
Möchten Sie uns sonst noch etwas mitteilen?						

Wir möchten Sie noch darauf hinweisen, dass wir eine Gebühr von **100 Euro** einheben, wenn Sie zu Ihrem Termin nicht erscheinen oder den Termin nicht rechtzeitig absagen.

All Ihre Rechnungen oder Honorarnoten sind bei uns bar oder mit Bankomat zu begleichen. Wir akzeptieren keine Kreditkarten!

Datum:

Unterschrift:

.....

.....