



Anamnese und Patientenerklärung

Liebe Patientin, lieber Patient,

herzlich Willkommen in unserer Praxis.

Unten stehende Fragen und Angaben dienen Ihrer Sicherheit und Gesundheit.

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen in Ihrem eigenen Interesse gewissenhaft aus.

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung entsprechend Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand optimal durchführen zu können.

Bitte fragen Sie bei Unklarheiten im persönlichen Gespräch nach.

Patientendaten:

Name Patient	Versicherter
Geburtsdatum	Geburtsdatum
Straße	Straße
PLZ/Ort	PLZ/Ort
Telefon geschäftlich Telefon privat	Zahnzusatzversicherung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Telefon mobil	
E-Mail	Arbeitgeber
Hausarzt	Straße
Krankenversicherung <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> Basistarif	PLZ/Ort
beihilfeberechtigt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Telefon
Krankenversicherungsname	E-Mail

Wurden oder werden Sie wegen einer der nachfolgend aufgeführten Krankheiten behandelt?

Herz- und Kreislauferkrankungen

Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, wann _____
Bypass oder Stent OP	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, wann _____
Brustschmerzen, Angina pectoris	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente (z. B.: ASS100, Plavix, Clopidogrel, Marcumar etc.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Benötigen Sie eine Antibiotika-Prophylaxe (Wurde ein Herzpass ausgestellt)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzschwäche, Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzrhythmusstörungen, Schrittmacher	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zu hoher Blutdruck, Hypertonie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Neigung zu Ohnmachtsanfällen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein



Allgemeine Anamnese

Blutungsneigung, frühere OPs

- Bluten Sie bei Verletzungen länger
oder bekommen Sie leicht blaue Flecken ja nein
- Gab es bei früheren Operationen Probleme ja nein
- Gibt es Veränderungen im Blutbild
(rote und weiße Blutkörperchen, Thrombozyten) ja nein
- Wurden Sie im letzten Jahr operiert ja nein wenn ja, welche OP _____
-

Allergien

- Besteht eine Allergie auf
- » Penicillin oder andere Antibiotika ja nein
 - » Medikamente ja nein
 - » Metalle, Kunststoffe, Sonstiges ja nein
- Haben Sie Heuschnupfen ja nein
- Haben Sie einen Allergiepass ja nein

Weitere Erkrankungen

- Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ja nein wenn ja, welche _____
-
- Besteht eine chronische Infektionskrankheit
(z. B.: Hepatitis, HIV, TB etc.) ja nein
- Diabetes ja nein
- Schilddrüse ja nein
- Asthma ja nein
- Nierenerkrankungen ja nein
- Magen und Darm Ulcera ja nein
- Krampfanfälle, Epilepsie ja nein
- Rheuma ja nein
- Drogenabhängigkeit ja nein

Tumorerkrankungen

- Besteht oder bestand eine Tumorerkrankung ja nein wenn ja, welche _____
-
- Wurde eine Chemo-/Strahlentherapie durchgeführt ja nein
- Bekommen Sie Bisphosphonate oral oder intravenös ja nein



Zahnärztliche Anamnese

Wann wurden Sie das letzte Mal geröntgt

Besitzen Sie ein Röntgennachweisheft

Sind Sie schwanger

Wurden Sie früher Kieferorthopädisch behandelt

Haben Sie häufig Kiefergelenks-/Nackemuskel-Schmerzen

Neigen Sie zu Zahnfleischentzündungen

Gab es frühere Parodontose-Behandlung/en

Haben Sie Implantate? Seit wann

Neigen Sie zu Karies

Wurden bisher eine regelmäßige
professionelle Zahnreinigung durchgeführt

Wollen Sie zur nächsten Kontrolluntersuchung/
PZR angeschrieben werden

Besteht Zahnarztangst

Gab es früher Probleme mit zahnärztlichen Lokalanästhetika

ja nein

ja nein

ja nein

ja nein

ja nein

ja nein

ja nein

ja nein

ja nein

ja nein halbjährlich / jährlich

ja nein

ja nein wenn ja, welche _____

Bei Abgabe des Anamnesebogens händigen wir Ihnen eine Information
zu den zahnärztlichen Lokalanästhetika aus.

Eine Aktualisierung der Gesundheitsfragen findet alle 2 Jahre statt.

Herzlichen Dank für Ihre Geduld und Mühe.

Ihre Familienzahnärzte

Dr. Klaus Dietrich

Dr. Susanne Martin