

Anamnesebogen

Patient

Name, Vorname		Geburtsdatum	
Straße		PLZ	Wohnort
Tel. privat	Tel. dienstlich		Beruf
Überweisender Zahnarzt/Arzt	Abweichend Hausarzt/Hauszahnarzt		Krankenkasse

Versicherter

nur ausfüllen, wenn der Patient nicht selbst versichert ist

Name, Vorname		Geburtsdatum	
Straße		PLZ	Ort

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die ärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Er wird Ihrer Karteikarte beigelegt. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

	ja	nein		
1. Nehmen Sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung hemmen (z.B. Marcumar, Gocardem, Herz-Ass, ASS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Nervenerkrankungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. Erhalten Sie Infusionen (Chemo / Bisphosphonate....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. Haben oder hatten Sie eine der aufgeführten Erkrankung des Herzens?			- Magen-Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
- Angeborene oder erworbene Herzfehler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Haben Sie zu hohen Blutdruck?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
- Herzklappenfehler oder Herzklappenprothesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Vertragen Sie zahnärztliche Betäubungsmittel („Spritzen“) ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
- Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Bestehen z.Zt. sonstige Erkrankungen oder Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis/ HIV)? Falls ja, welche: _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
- Herzoperationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Hatten Sie einen Tumor oder ist ein tumoröses Geschehen bekannt!	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
- Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Wann wurde Ihr Kiefer/ Zahn zum letzten Mal geröntgt ? Datum (ungefähr): _____	
- Haben Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Nehmen Sie Medikamente ein? Falls ja, welche: _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
- Haben Sie einen Herzpaß? ausgestellt von: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
4. Haben oder hatten Sie eine der nachstehend aufgeführten Erkrankungen?			11. Liegt ein Schwerbehinderten-Ausweis vor?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
- Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Für Patientinnen: Sind sie schwanger? Stillen Sie?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Falls ja: insulinpflichtig ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
- Allergien? Falls ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bitte beachten Sie dass Betäubungsmittel die Fahrtüchtigkeit beeinträchtigen!!! Bitte berücksichtigen Sie dies bei Ihren Behandlungsterminen!!!	
- Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich bin damit einverstanden, dass mein oben eingetragener Arzt Informationen zu meiner Behandlung bekommt.	
- Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
- Lungenerkrankungen (z.B.TBC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Datum/Unterschrift	
- Lebererkrankungen (z. B. Gelbsucht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
- Rheuma/rheumatisches Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
- Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	