

Anamnesebogen

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

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.

Bitte ankreuzen

Nehmen Sie Medikamente ein?: ja nein

- Medikamentenplan
- Blutgerinnungshemmer (z.B. Marcumar, Godamed, Herz-ASS, ASS, Eliquis)

angeborene oder erworbene Herzfehler ja nein

Herzklappenfehler oder Herzklappenprothesen ja nein

Endokarditis (Herzinnenhautentzündung) ja nein

Herzoperationen ja nein

Haben Sie einen Herzschrittmacher? ja nein

Haben Sie einen Herzpass? ja nein

Haben Sie einen zu hohen Blutdruck? ja nein

Hatten Sie einen Schlaganfall oder Herzinfarkt? ja nein

Sonstiges: _____ ja nein

Schilddrüsenerkrankung ja nein

Lungenerkrankungen (z.B. TBC, COPD, etc) ja nein

Asthma ja nein

Lebererkrankungen (z.B. Gelbsucht) ja nein

Magen-Darmerkrankungen ja nein

Nierenerkrankung ja nein

Rheuma / rheumatisches Fieber ja nein

Anfallsleiden (z.B. Epilepsie) ja nein

Nervenerkrankungen (z.B. Depression) ja nein

Zuckerkrankheit? ja nein

falls ja: insulinpflichtig? ja nein

Liegt ein Schwerbehindertenausweis vor? ja nein

Osteoporose? ja nein

Falls ja, Bisphosphonate? ja nein

Allergien? Falls ja, welche? ja nein

Für Patientinnen: Sind Sie schwanger? ja nein

Stillen Sie? ja nein

Bestehen z.Zt. Sonstige Erkrankungen oder Infektionskrankheiten? Falls ja, welche: ja nein

Hepatitis ja nein

HIV ja nein

Covid-19 ja nein

Sonstige ja nein

Hatten Sie einen Tumor oder ist ein tumoröses Geschehen bekannt? ja nein

Erhalten sie Infusionen: ja nein

- Chemotherapie/Bisphosphonate, ... ? ja nein

Vertragen Sie zahnärztliche Betäubungsmittel ("Spritzen")? ja nein

Rauchen Sie? ja nein

Wann wurde Ihr Kiefer/Zahn zum letzten Mal geröntgt? ja nein

Datum (ungefähr): _____

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen.

Ich bin damit einverstanden, dass mein oben eingetragener Arzt Informationen zu meiner Behandlung bekommt. Bitte beachten Sie, dass Betäubungsmittel die Fahrtüchtigkeit beeinträchtigen!!! Bitte berücksichtigen Sie dies bei Ihren Behandlungsterminen!!!

_____ Datum

_____ Unterschrift



Fachzahnarztpraxis
Gunzenhausen
O. Schick, Dr. Anton Schwarz