

# ANAMNESEBOGEN

# FÜR DIE ZAHNÄRZTLICHE BEHANDLUNG

<b>Name, Vorname</b>		<b>geb.</b>	<b>Telefon privat</b>	
<b>Adresse (Straße, PLZ, Ort)</b>		<b>Telefon mobil</b>		
<b>Geburtsort</b>		<b>E-Mail-Adresse</b>		
<b>Mitversichert bei: Name, Vorname</b>		<b>geb.</b>	<b>Telefon privat / mobil</b>	
<b>Krankenkasse</b>	<b>Name Kinderarzt</b>	<b>Telefon Kinderarzt</b>		
<b>Grund des Besuchs:</b> (bitte ankreuzen)	<b>Allgemeine Untersuchung</b> <input type="checkbox"/>	<b>Prophylaxe</b> <input type="checkbox"/>	<b>Beratung Zahnersatz</b> <input type="checkbox"/>	<b>Sonstiges</b> <input type="checkbox"/>
<b>Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?</b>	<b>Antwort:</b>			

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
 Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus.  
 Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

	Ja	Nein		Ja	Nein
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haben Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie gegen bestimmte Medikamente überempfindlich? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sind Kreislauferkrankungen (hoher/niedriger Blutdruck, Schlaganfall) bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ist eine Blutkrankheit, Blutungsneigung (Gerinnungsstörung, Blutarmut) bekannt? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen oder nahmen Sie Bisphosphonate ein? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sind Allergien (Asthma, Heuschnupfen, Latex) bekannt? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie schon mal Reaktionen auf Spritzen beim Zahnarzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sind Stoffwechselstörungen (Diabetes, Rheuma) bekannt? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden oder litten Sie an Herzerkrankungen (Herzinfarkt, Angina pectoris, ...)? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spritzen Sie Insulin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie in den letzten 12 Monaten im Kopf-/Kieferbereich geröntgt worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ist eine Schilddrüsenerkrankung bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Kopf-Nacken-Schmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ist eine Immunschwäche (HIV) bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutet Ihr Zahnfleisch schnell?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anfallsleiden / Epilepsie bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht eine Hepatitis-Erkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tragen Sie eine Endo-Prothese (Hüfte, Knie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegt ein Pflegegrad vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ist eine Antibiotika-Prophylaxe notwendig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Sind sonstige Erkrankungen bekannt? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Falls sich an Ihrem Gesundheitszustand etwas geändert haben sollte, bitten wir Sie, uns dies mitzuteilen.  
 Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Um einen reibungslosen Ablauf und damit auch möglichst kurze Wartezeiten zugewährleisten, bitten wir Sie, die Termine pünktlich einzuhalten oder uns ggf. eine Verhinderung rechtzeitig mitzuteilen.

**Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit!**

**Ihr Praxisteam**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Datum

Unterschrift