

ALLGEMEINER ANAMNESEBOGEN

Name:..... Vorname:.....

Wohnort: _____ Straße _____ Tel. _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____ eMail: _____

Arbeitgeber _____ Tel. _____

Mobiltelefon (privat) _____ Krankenkasse: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
 Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf Ihre 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 **Zutreffendes** ankreuzen!)

- | | | |
|---|----|------|
| 1. Waren Sie innerhalb der letzten zwei Jahren im Krankenhaus oder in ärztlicher Behandlung? | Ja | Nein |
| 2. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
Wenn ja, welche?.....
..... | Ja | Nein |
| 3. Nehmen Sie Medikamente ein, welche die Blutgerinnung hemmen (z.B. Marcumar, Xarelto, Eliquis, Pradaxa,.....)?
Wenn ja, welche?..... | Ja | Nein |
| 4. Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?
Wenn ja, welche?.....
..... | Ja | Nein |
| 5. Besitzen Sie einen Allergiepass? | Ja | Nein |
| 6. Neigen Sie zu allergischen Reaktionen? | Ja | Nein |
| – Bei bestimmten Materialien? | Ja | Nein |
| – Bei bestimmten Arzneimitteln? | Ja | Nein |
| – Bei bestimmten Nahrungsmitteln? | Ja | Nein |
| 7. Haben Sie eine | | |
| – Penicillinallergie? | Ja | Nein |
| – Jodallergie? | Ja | Nein |
| – Latexallergie? | Ja | Nein |
| 8. Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens? | Ja | Nein |
| Wenn ja, welche?.....
..... | | |
| – Angeborener oder erworbener Herzfehler? | Ja | Nein |
| – Herzklappenfehler oder Herzklappenersatz ? | Ja | Nein |
| – Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)? | Ja | Nein |
| – Herzoperationen? | Ja | Nein |
| – Haben Sie einen Herzschrittmacher? | Ja | Nein |

9. Leiden oder litten Sie an nachfolgenden Krankheiten?
- | | | |
|--|----|------|
| – Infektionskrankheiten (z.B. Tuberkulose, Hepatitis, Aids)? | Ja | Nein |
| – Lebererkrankungen? | Ja | Nein |
| – Herzerkrankungen (Herzinfarkt, Angina pectoris)? | Ja | Nein |
| – Zu hoher Blutdruck? | Ja | Nein |
| – Zu niedriger Blutdruck? | Ja | Nein |
| – Schlaganfall? | Ja | Nein |
| – Nierenerkrankungen? | Ja | Nein |
| – Diabetes? | Ja | Nein |
| – Magen-Darmerkrankung? | Ja | Nein |
| – Schilddrüsenerkrankung? | Ja | Nein |
| – Rheumatismus/ rheumatisches Fieber? | Ja | Nein |
| – Asthma/ Lungenerkrankungen? | Ja | Nein |
| – Blutkrankheiten oder Blutgerinnungsstörungen? | Ja | Nein |
| – Nervenerkrankungen? | Ja | Nein |
| – Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)? | Ja | Nein |
| – Sonstige Erkrankungen? | Ja | Nein |
- Wenn ja, welche?
-
10. Sind Sie im letzten Jahr operiert worden? Ja Nein
 Wenn ja, in welchem Körperbereich?
-
11. Haben / hatten Sie Verletzungen im Kiefer-Gesichtsbereich? Ja Nein
12. Haben Sie die **Spritze** beim Zahnarzt bisher gut vertragen? Ja Nein
13. Trat nach einer Zahnentfernung eine **Nachblutung** auf? Ja Nein
14. Ist bei Ihnen eine Zahnbehandlung im Zusammenhang mit einem
 Allgemeinleiden durchgeführt worden? Ja Nein
15. Wann sind Sie das letzte Mal geröntgt worden?
 In welchem Körperbereich?
-
- Bei Frauen:**
- Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein
 Wenn ja, in welchem/r Monat/Woche?.....
16. Name und Anschrift des **Hausarztes**:.....
-
-
17. Gibt es einen bestimmten Grund, warum Sie uns aufsuchen (Zweitmeinung, Beschwerden,
 Routinekontrolle
 etc.)?.....
-
18. Haben Sie besondere Wünsche bzgl. der Behandlung, Terminierung etc. die Sie uns mitteilen
 möchten?

19. Bitte beachten Sie die folgenden Hinweise zur Lokalanästhesie:

– Nach einer örtlichen Betäubung im Mund-, Gesichts- und Kieferbereich kann Ihr Verhalten im Straßenverkehr beeinträchtigt sein! Das Führen eines PKW's kann nicht verantwortet werden. Bitte sorgen Sie für einen Fahrdienst!

20. Nehmen Sie Medikamente, die den Knochenstoffwechsel beeinflussen? **Ja** **Nein**
Wenn ja, welche:

.....
.....
.....

21. Rauchen Sie? Ja Nein Wenn ja, wieviele? _____ / pro Tag

22. Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder **mindestens 2 Arbeitstage**, bei längeren **Terminen von 1 Stunde und mehr** --> bitte **5 Arbeitstage im Voraus** abzusagen! (**Bitte ankreuzen!**)

*Anderenfalls werden Ihnen daraus entstehende Kosten (**Ausfallgebühr mindestens 50,00 EUR**) in **Rechnung** gestellt .*

.....
Ort, Datum Unterschrift des Patienten

Hier nicht unterschreiben! Nur für !!!!! SPÄTERE !!!!! AKTUALISIERUNGEN !!!!

Nach Durchsicht und Prüfung bestätige ich, dass die vorangegangenen Angaben **heute noch aktuell** sind!

.....
.....
Ort, Datum (Unterschrift des Patienten)

Nach Durchsicht und Prüfung bestätige ich, dass die vorangegangenen Angaben heute noch aktuell sind

.....
.....
Ort, Datum (Unterschrift des Patienten)

Nach Durchsicht und Prüfung bestätige ich, dass die vorangegangenen Angaben heute noch aktuell sind

.....
.....
Ort, Datum (Unterschrift des Patienten)

Weitere Bemerkungen: