

Anamnese

Liebe Patientin, lieber Patient, herzlich willkommen in unserer Praxis!

Krankheiten aller Art können Auswirkung auf Ihre Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Er wird Ihrer Kartei 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.

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Adresse: _____

E-Mail: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Hausarzt (Name; Adresse) _____

Arbeitgeber: _____ Telefon (geschäftl.): _____

Krankenkasse: _____ Selbst versichert? : _____ Zusatzversichert?: _____

Versichert mit: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse (falls abweichend) _____

Gibt es einen bestimmten Grund, warum Sie uns aufsuchen (Zweitmeinung, Beschwerden, Routinekontrolle etc.)? _____

Haben oder hatten Sie jemals mit folgenden Krankheiten zu tun?

Herzschrittmacher (), künstl. Herzklappe (), Herzklappenfehler () () nein

Schlaganfall () ja, wann? _____ () nein

Herzinfarkt () ja, wann? _____ () nein

Benötigen Sie eine Endokarditisprophylaxe? (Herzinnenhautentzündung) _____ () ja () nein

Kreislaufschwäche/ zu niedriger Blutdruck (Hypotonie) _____ () ja () nein

Bluthochdruck (Hypertonie) Messwerte: _____ / _____ () ja () nein

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente oder haben Sie eine erhöhte Blutungsneigung? _____ () ja () nein

Schilddrüsenerkrankung _____ () ja () nein Krampfanfälle (Epilepsie) _____ () ja () nein

Magen-Darm-Erkrankung _____ () ja () nein Künstliche Gelenke? _____ () ja () nein

Nierenerkrankung _____ () ja () nein Besteht bei Ihnen eine HIV-Infektion/

Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) _____ () ja () nein Immunschwäche? _____ () ja () nein

Asthma bronchiale _____ () ja () nein Haben Sie Allergien? _____ () ja () nein

Andere Lungenerkrankungen _____ () ja () nein Wenn ja, welche? _____

Lebererkrankung/Hepatitis B/C _____ () ja () nein _____

Sonstige Erkrankungen: _____

Haben Sie jemals eine Komplikation nach Lokalanästhesie (Betäubung)? _____ () ja () nein

Wenn ja, wann? _____

Haben Sie Beschwerden am Bewegungsapparat? _____ () ja () nein

Wenn ja, welcher Art (z.B. Rheuma, Wirbelsäule) _____

Haben Sie eine Augenkrankheit/Glaukom (grüner/grauer Star) _____ () ja () nein

Hatten Sie schon mal einen Tinnitus (Ohrgeräusche)? _____ () ja () nein

Haben Sie Beschwerden beim Kauen? _____ () ja () nein

Haben Sie manchmal Schmerzen in der Ohrregion? _____ () ja () nein

Leiden Sie häufiger an Kopf- und/oder Nackenschmerzen? _____ () ja () nein

Haben Sie manchmal das Gefühl von Trockenheit
oder Brennen im Mund? _____ () ja () nein

Welche Medikamente nehmen Sie ein? _____

Haben Sie jemals Bisphosphonate bekommen (bei Knochentumoren oder Osteoporose) _____ () ja () nein

Haben Sie jemals Antidepressiva bekommen? _____ () ja () nein

Rauchen Sie? _____ () ja () nein

Sind Sie Schwanger? _____ () ja () nein

Wenn ja, welche Schwangerschaftswoche? _____

Wann sind Sie das letzte mal geröntgt worden? _____

In welchem Körperbereich? _____

Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden? _____ ja () nein ()

Haben Sie Interesse an:

Zahnärztliche Behandlung mit Entspannungsverfahren bei starker Zahnarztangst? () ja () nein

Möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin per E-Mail erinnert werden? ja () nein ()

E-Mail Adresse: _____

Haben Sie besondere Wünsche bzgl. der Behandlung, Terminierung etc. die Sie uns mitteilen möchten?

Eine zahnärztliche Betäubung kann zu einer Beeinträchtigung der Verkehrstüchtigkeit oder der Fähigkeit zum Bedienen von Maschinen führen.

Datum:

Unterschrift:
