

Anamnesebogen

Vorname / Name _____ Geburtsdatum _____

Anschrift _____

Telefonnummer _____

Möchten Sie zu Ihrem Termin per Mail erinnert werden? ☐ Ja ☐ Nein; Mail-Adresse _____

Versicherungsstatus:

☐ gesetzlich bei: _____. Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung? ☐ Ja ☐ Nein

☐ freiwillig gesetzlich versichert?

☐ Privatversichert bei: _____ ☐ Basistarif ☐ Notfalltarif ☐ Beihilfe

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

um die für Ihre Behandlung geeigneten Medikamente und Behandlungsverfahren auswählen zu können, bitten wir Sie um sorgfältige Beantwortung der folgenden Fragen zu Ihrer allgemeinen Vorgeschichte (Anamnese).

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Wenn Unklarheiten bei der Beantwortung einzelner Fragen bestehen, helfen wir Ihnen gerne weiter.

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?	Ja	Nein	Bitte ggf. ergänzende Angaben eintragen
Allergie			
Epilepsie			
Atemwegserkrankungen, COPD (chronisch obstruktive Lungenerkrankung), Asthma			
Blutgerinnungsstörung			
Nehmen Sie gerinnungshemmenden Medikamente? (Marcumar, Xarelto, ASS)			
Diabetes (welcher Typ)			
Glaukom (Grauer Star, Grüner Star)			
Herz-Kreislauf-Probleme			
Herzinsuffizienz			
Angina pectoris (Koronare-Herz-Krankheit)			
Herzinfarkt			
Herzrhythmusstörung			
Herzschritmacher / Defibrillator			
Herzklappenfehler bzw. -ersatz			
Bluthochdruck / niedriger Blutdruck			
Schlaganfall			
Hepatitis (Gelbsucht) (welcher Typ)			

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?	Ja	Nein	Bitte ggf. ergänzende Angaben eintragen
Infektionskrankheiten (z.B. Tuberkulose)			
Immunmangelsyndrom (AIDS)			
Niereninsuffizienz (chronisch)			
Dialyse			
Osteoporose			
Haben oder hatten Sie in den vergangenen 15 Jahren eine Krebs- oder Tumorerkrankung?			
Künstliche Gelenke? / Hüfte			
Endokartitisprophylaxe?			
Haben Sie bisherige lokale Betäubungen bei Ihrem Zahnarzt vertragen?			
Besteht eine Schwangerschaft?			
Liegt bereits eine Pflegegrad vor?			
Nehmen Sie Medikamente? Wenn ja welche?			
Liegt eine Medikamentenliste vor?			
Liegt ein Implantatpass vor?			
Werden oder wurden Sie mit Bisphosphonaten oder anderen knochenstabilisierenden Medikamenten in den letzten 15 Jahren behandelt?			
Waren Sie seit Ihrem letzten Zahnarztbesuch im Krankenhaus?			
Rauchen Sie? Wenn JA, wie viel täglich?			

Wurde bei Ihnen schon einmal eine professionelle Zahnreinigung durchgeführt? ☐ Ja ☐ Nein
 Möchten Sie zu unserem Recall-System teilnehmen (Erinnerung zur halbjährigen Vorsorgeuntersuchung)? ☐ Ja ☐ Nein

Erklärung des Patienten (gesetzlich Versicherte)

Hiermit bestätige ich, dass ich ohne die Vorlage der Versichertenkarte (innerhalb von 5 Arbeitstagen) als Privatpatient behandelt werde und eine Liquidation als Privatpatient erhalte.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Ort / Datum

Unterschrift des Patienten