

Anamnesebogen

(bitte vollständig ausfüllen)

Patient/in:

Name _____ Vorname _____ geb. am _____

Versicherte/r:

Name _____ Vorname _____ geb. am _____

Anschrift:

Straße, Hausnr. _____ PLZ, Ort _____

Telefon _____ Handynr. _____ E-Mail _____

Arbeitgeber:

Firma _____ Beruf _____ Telefon _____

Krankenkassenversichert Zusatzversichert private Versicherung Name der Gesellschaft: _____

Fragen zu Ihrer Mundgesundheit:

	weiß nicht	ja	nein
Wie schätzen Sie Ihre Mundpflege ein? (Schulnotensystem: von 1= „sehr gut“ bis 6 = „ungenügend“): _____			
Neigt Ihr Zahnfleisch zu Blutungen/Entzündungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie mit der Ästhetik Ihrer Zähne zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hätten Sie gerne hellere, weißere Zähne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BITTE DIE FOLGENDEN FRAGEN ZU IHREM GESUNDHEITZUSTAND SORGFÄLTIG AUSFÜLLEN:

1. Herz

	ja	nein
Herzklappenerkrankung/-defekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankung/Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzoperation (z.B. Bypass, Stent)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher/Defibrillator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Kreislauf

	ja	nein
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohnmachtsneigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Blut

	ja	nein
Blutarmut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutungsneigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Blutverdünner?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ASS <input type="checkbox"/> Marcumar <input type="checkbox"/> andere		
Wenn ja, warum? _____		

4. Infektionserkrankungen

	ja	nein
Immunmangel-Syndrom (HIV/AIDS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>		
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Lunge

	ja	nein
Asthma/chronische Bronchitis/COPD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Stoffwechsel

	ja	nein
Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Typ I <input type="checkbox"/> Typ II <input type="checkbox"/>		
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenfunktionsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Nervensystem

	ja	nein
Anfallsleiden/Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Allergien gegen:

	ja	nein
Antibiotika/Penicillin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige, welche: _____		
Haben Sie einen Allergiepass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. sonstige Erkrankungen

	ja	nein
Erhöhter Augendruck (Glaukom)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arthrose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden/werden Sie mit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bisphosphonaten behandelt?		
Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige, welche: _____		

10. Allgemeine Angaben

	ja	nein
Sind oder waren Sie		
alkohol-/drogenabhängig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie Schwanger? Monat: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

bitte wenden und Unterschrift nicht vergessen!



10. Welche Medikamente nehmen Sie ein?

11. Befinden Sie sich in ärztlicher Behandlung?

ja nein

Wenn ja, Grund der Behandlung

12. Kontaktdaten des Hausarztes

Name: _____
Ort: _____
Telefon: _____

Wichtige Informationen

1. Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.
2. Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle auftretenden Änderungen zu informieren.
3. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die oben stehenden Informationen gelesen und verstanden habe.

Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie bitte mindestens 24 Stunden vor Terminbeginn ab!

Erst bei Wiedervorlage auszufüllen!

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass mir heute der Anamnesebogen erneut vorgelegt wurde und ich Veränderungen aktualisiert habe/bzw. keine Veränderungen aufgetreten sind.

2. Datum: _____ Unterschrift: _____

3. Datum: _____ Unterschrift: _____

4. Datum: _____ Unterschrift: _____

Biederkopf, den _____

Unterschrift Patient oder Erziehungsberechtigter