

Anamnesebogen

Name, Vorname: Krankenkasse:Pflegegrad:.....

Geburtsdatum: O Gesetzlich O Privat

Straße: O Zahnzusatzversicherung O Beihilfeberechtigt

Wohnort: O Basistarif /Standarttarif

Telefon (privat): Mobiltelefon:.....

Email:.....

Behandelnder Hausarzt / Kieferorthopäde:

Erkrankungen von Herz und Kreislauf

- Herzinfarkt Herzschrittmacher Herzrhythmusstörungen Künstliche Herzklappe
 Bypass Herzfehler Angina Pectoris Myokarditis Schlaganfall

Atemwegserkrankungen O ja O nein Asthma Atemnot COPD Erkältungssymptome

Infektionserkrankungen O ja O nein HIV / Aids TBC MRSA

Lebererkrankungen O ja O nein Hepatitis A B C

Nierenerkrankungen O ja O nein Dialyse Chron. Niereninsuffizienz

Stoffwechselstörungen O ja O nein Diabetes Schilddrüsenerkrankung

Erkrankungen an Knochen/Skelettsystem Osteoporose Muskelerkrankung
 Rheuma Künstliche Gelenke

Erkrankungen von Magen, Darm O ja O nein

Haut- und/oder Geschlechtskrankheiten O ja O nein Welche:

Sonstige Erkrankungen

- Erhöhter Blutdruck Niedriger Blutdruck Blutgerinnungsstörung Tumorleiden
- Glaukom Epilepsie Psychische Erkrankung Suchterkrankung Parkinson

Allergien (Arzneimittelunverträglichkeiten) O ja O nein Welche:.....

Besteht eine Schwangerschaft? O ja O nein **welcher Monat?:**.....

Blutverdünner O ja O nein ASS Marcumar Xarelto Plavix Falithrom Eliquis Clopidogrel

Knochenstärkungsmittel (Bisphosphonate) O ja O nein

Sonstige Medikamente:

Rauchen Sie? **O ja O nein** pro Tag:

Gab es mal Komplikationen bei einer zahnärztlichen Behandlung? **O ja O nein**

Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes.

Wir machen Sie hiermit darauf aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24h beeinträchtigt sein kann, sowohl durch die Behandlung als auch durch den Einfluss von Injektionen oder Medikamenten.

Wir bitten Sie, Ihre Termine pünktlich einzuhalten oder mindestens 24h im Voraus abzusagen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die im Anamnesebogen geforderten Angaben gewissenhaft und wahrheitsgemäß gemacht und die Hinweise verstanden habe.

Datum Unterschrift Patient (ggf. Sorgeberechtigter

.....