

# Anamnesebogen

Name, Vorname	Geburtstag, Geburtsort	Name des überweisenden Zahnarztes
Straße, Nr.	Telefon/ Handy	Name des überweisenden Arztes
PLZ/ Ort	E-Mail-Adresse	Name des Hausarztes

Gesetzliche Krankenkasse/ Private Krankenkasse

- Privat versichert     Standard-     Basis- Tarif
- Postbeamten A/ B
- Beihilfe
- Private Zusatzversicherung

Name, Vorname des Versicherten (falls abweichend)

- Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?
- Zahnarzt
  - Freunde/ Bekannte
  - Social Media

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die bei Ihnen anstehende 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.

Wir möchten Sie außerdem darauf hinweisen, dass infolge einer örtlichen Betäubung die Reaktionsfähigkeit, insbesondere im Straßenverkehr und beim Führen eines Fahrzeugs beeinträchtigt sein kann.

	Ja	Nein		Ja	Nein
1. Haben Sie zu hohen Blutdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Bestehen derzeit sonstige Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Haben Sie zu niedrigen Blutdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche?: .....		
3. Hatten oder haben Sie eine Herzerkrankung?			6. Nehmen Sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung hemmen (z. B. Marcumar?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Angeborene oder erworbene Herzfehler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Nehmen Sie Medikamente ein, die den Knochenstoffwechsel beeinflussen (z.B. Bisphosphonate, Denosumab)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Welche Medikamente nehmen Sie ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Herzklappenfehler oder Herzklappenprothesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- .....		
- im letzten Jahr einen Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- .....		
- Herzoperationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- .....		
- Herzschrittmacher oder Defibrillator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- .....		
- Sonstige Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- .....		
Wenn ja, welche?: .....			9. Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hatten oder haben Sie eine der nachfolgenden Erkrankungen			Wenn ja, Päckchen/ Tag? : .....		
- Asthma / Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche?: .....		
- Erkrankungen des Blutes (z.B. langes Nachbluten, Blutgerinnungsstörungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Waren Sie innerhalb der letzten zwei Jahre im Krankenhaus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Nervenerkrankungen (z.B. Depression)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich bin damit einverstanden, dass die Mitarbeiter der Praxis Befunde, Röntgenaufnahmen, Arztbriefe anfordern und auch per Email an meinen Arzt übermitteln dürfen. Mir ist bekannt, dass die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann. Ich habe zudem die Patienteninformation zum Datenschutz (DSGVO) gelesen und verstanden. Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie uns rechtzeitig zu informieren. Andernfalls behalten wir uns das Recht vor, Ihnen die Ausfallzeit in Rechnung zu stellen. Sofern Sie uns Ihre Gesundheitskarte (früher: Krankenversichertenkarte) nicht vorlegen, ist es notwendig, uns diese innerhalb 1 Woche nach der Behandlung, spätestens bis zum Quartalsende vorzulegen. Ansonsten sind wir berechtigt Ihnen eine Privatrechnung auszustellen. Bitte beachten Sie, dass unser Empfangsbereich videoüberwacht ist.		
- Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Wenn ja, welche?: .....					
- Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
- Lebererkrankungen (z.B.Hepatitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
- Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
- Magen-Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
- Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
- Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
- Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Wenn ja, welche?: .....					
- Knochenmetastasen oder Knochentumor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
- Immunschwäche (HIV/ AIDS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
- Creutzfeldt- Jakob- Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift