

Aufnahme,- Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitte ich Sie um einige freiwillige Angaben. Sie werden Ihrer Kartei hinzugefügt und unterliegen natürlich der ärztlichen Schweigepflicht. Sie dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Ihre Angaben werden elektronisch gespeichert und unterliegen den Vorschriften des Datenschutzes.(DSGV)

Patient

Name	Vorname	Geburtsdatum,-ort
.....		
Straße	Postleitzahl/Ort	
.....		
Tel privat	mobil	beruflich
.....		

Versicherter/Zahlungspflichtiger/gesetzlicher Vertreter (nur ausfüllen, falls anders als unter „Patient“ angegeben)

Versicherung: gesetzlich

privat

	bitte ausfüllen	
	ja	nein
Sind Sie in ärztlicher/fachärztlicher Behandlung?		

Behandelnder Arzt/Facharzt/Ärztin/Fachärztin:

Wegen welcher Krankheit werden oder wurden Sie behandelt?

Herzerkrankungen:	Herzschwäche (Insuffizienz)	ja	nein
	unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)	ja	nein
	Herzasthma, Angina pectoris	ja	nein
	Herzschritmacher	ja	nein
	Herzklappenersatz	ja	nein
Kreislaufferkrankungen:	hoher Blutdruck	ja	nein
	niedriger Blutdruck	ja	nein
	Zustand nach Herzinfarkt	ja	nein
	Einnahme gerinnungshemmender Medikamente	ja	nein
Stoffwechselerkrankungen:	Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)	ja	nein
	Magen,-Darmerkrankungen	ja	nein
	Schilddrüsenerkrankungen	ja	nein

Erkrankungen des Nervensystems:	epileptiforme Anfälle/Krämpfe	ja	nein
Bluterkrankungen:	Blutungsneigungen (Hämophilie)	ja	nein
	Blutarmut (Anämie)	ja	nein
	starke Nachblutungen nach Zahnextraktionen	ja	nein
Allergien:	Ekzeme	ja	nein
	Penicillin-Überempfindlichkeit	ja	nein
	Lokalanästhetika	ja	nein
	Asthma	ja	nein
	Besitzen Sie einen Allergiepass?	ja	nein
	Überempfindlichkeit gegen		
Infektionskrankheiten:	Leberentzündung (Hepatitis A,B oder C)	ja	nein
	chronische Erkrankungen der Atemwege (Husten etc.)	ja	nein
	HIV+, AIDS	ja	nein
Immunsystem:	Leiden Sie unter Erkrankungen des Immunsystems?	ja	nein
	Zustand nach Organtransplantation	ja	nein
	Zustand nach Bestrahlung, Chemotherapie	ja	nein
Sonstige Erkrankungen:			
Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?			
Weitere Angaben:	Sind oder waren Sie drogenabhängig?	ja	nein
	Sind Sie frisch operiert?	ja	nein
	Sind Sie schwanger?	ja	nein
	Wann wurden Sie beim Zahnarzt zum letzten Mal geröntgt?		

Kenntnisnahme bestätigt und für die Richtigkeit der gemachten Angaben zeichnet:

Datum / Unterschrift

Vielen Dank für Ihre Angaben