

ANAMNESEBOGEN

Name Patient _____ Geb. Datum _____

Name Versicherter _____ Geb. Datum _____

Anschrift _____

E-Mail _____

Telefon privat _____

Mobil _____

Krankenkasse _____ Hausarzt _____

Basistarif Beruf _____

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

Wünschen Sie eine Erinnerung für den nächsten **Kontrolltermin** per Mail? Bitte ankreuzen

halbjährlich

jährlich

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau.

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Herz-/Kreislaufkrankungen

Bluthochdruck

Herzklappenentzündung

Herzklappenersatz

Herzschrittmacher

Herzinfarkt

Herzoperationen

Endokarditis

Endokarditisprophylaxe nötig?

Infektiöse Erkrankungen

HIV / AIDS

Hepatitis, wenn ja welcher Typ? _____

Tuberkulose

Sind bei Ihnen jemals **Unverträglichkeiten**

gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten?

Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Bitte wenden

Sonstige Erkrankungen

Allergien

Wenn ja, welche? _____

Asthma

Blutgerinnungsstörung

Diabetes

Drogenabhängigkeit

Epilepsie

Nierenerkrankungen

Multiple Sklerose (MS)

Parkinson

Sonstige Erkrankungen

Für unsere Patientinnen

Sind Sie schwanger?

Ja Nein

Wenn ja, welche Woche? _____

Zum Schluss

Knirschen/pressen Sie mit den Zähnen?

Ja Nein

Rauchen Sie?

Ja Nein

Schnarchen Sie?

Ja Nein

Nehmen Sie zur Zeit **Medikamente** ein?

Herzmedikamente

Schmerzmittel

Blutverdünnende Medikamente (z.B. ASS, Marcumar, Eliquis, etc.)

Andere Medikamente? Wenn ja welche? _____

Cortison (Kortikoide)

Antidepressiva

Gewünschter **Füllungswerkstoff**

Amalgam (Kassenleistung)

Kunststoff (private Zuzahlung)

Haben Sie Interesse an einer **professionellen Zahnreinigung**? (Privatleistung)

Ja Nein

Wir beraten Sie sehr gerne.

Ich verpflichte mich über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Desweiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten oder spätestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin abzusagen.

Mir ist bekannt, dass nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben.

Datum : _____

Unterschrift : _____