

## ANAMNESEBOGEN

Name Patient	_____	Geb. Datum	_____
Name Versicherter	_____	Geb. Datum	_____
Anschrift _____			
E-Mail _____			
Telefon privat _____			
Mobil _____			
Krankenkasse	_____	Hausarzt	_____
Basistarif	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>
Herzklappenentzündung	<input type="checkbox"/>
Herzklappenersatz	<input type="checkbox"/>
Herzschrillmacher	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>
Herzoperationen	<input type="checkbox"/>
Endokarditis	<input type="checkbox"/>
Endokarditisprophylaxe nötig?	<input type="checkbox"/>

### Infektiöse Erkrankungen

HIV / AIDS	<input type="checkbox"/>
Hepatitis, wenn ja welcher Typ?	<input type="checkbox"/> _____
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit	<input type="checkbox"/>
Sind bei Ihnen jemals <b>Unverträglichkeiten</b>	
gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten?	
Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____	

Bitte wenden

### Sonstige Erkrankungen

Allergien	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?	<hr/>
Asthma	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>
Drogenabhängigkeit	<input type="checkbox"/>
Epilepsie	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>
Multiple Sklerose (MS)	<input type="checkbox"/>
Parkinson	<input type="checkbox"/>
Sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/>

---

### 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	<input type="checkbox"/>	Cortison (Kortikoide)	<input type="checkbox"/>
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	Antidepressiva	<input type="checkbox"/>
Blutverdünnende Medikamente (z.B. ASS, Marcumar, Eliquis, etc.)			<input type="checkbox"/>
Andere Medikamente? Wenn ja welche?	<hr/>		

Gewünschter **Füllungswerkstoff**

Zement (Kassenleistung)	<input type="checkbox"/>	Kunststoff (private Zuzahlung)	<input type="checkbox"/>
-------------------------	--------------------------	--------------------------------	--------------------------

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 : 

---