

## 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

des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

### Herz-/Kreislauferkrankungen

Bluthochdruck

Herzklappenentzündung

Herzklappenersatz

Herzschriftermacher

Herzinfarkt

Herzoperationen

Endokarditis

Endokarditisprophylaxe nötig?

### Infektiöse Erkrankungen

HIV / AIDS

Hepatitis, wenn ja welcher Typ?

Tuberkulose

Creutzfeldt-Jakob-Krankheit

Sind bei Ihnen jemals **Unverträglichkeiten** gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten?

Ja  Nein

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"/>
<hr/>	

Für unsere Patientinnen

Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>		
Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche Woche?	<hr/>		

**Zum Schluss**

Knirschen/pressen Sie mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Schnarchen Sie?	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>

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"/>		<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**? (Private Leistung)

Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	------	--------------------------

*Wir beraten Sie sehr gerne.*

Ich verpflichte mich über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Des Weiteren 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 : 

---