



Anamnesebogen

Liebe Patientin,
lieber Patient,

dieser Fragebogen dient unserer Grundinformation über Sie, Ihren Gesundheitszustand und Ihre Krankheitsvorgeschichte.

Diese Auskünfte sollen uns und Ihnen im Vorhinein mögliche Risiken und Komplikationen bei der zahnärztlichen Behandlung ins Bewusstsein rufen und uns die Möglichkeit geben, entsprechende Vorkehrungen zu treffen.

Wir bitten Sie daher, den nachfolgenden Anamnesebogen sorgfältig zu lesen und nach bestem Wissen und Gewissen auszufüllen. Selbstverständlich werden alle Informationen, die wir von Ihnen erhalten, streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Sollten sich im Laufe der Zeit, in der Sie in unserer Praxis betreut werden, Änderungen an den gemachten Angaben ergeben, bitten wir Sie, uns diese umgehend mitzuteilen.

Zu Ihrer Person

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ

Wohnort

Telefon

Mobil

E-Mail

Krankenkasse / Versicherung

Zusatzversicherung

Falls Sie über ein Familienmitglied versichert sind:

Name

Vorname

Geburtsdatum

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name

PLZ / Ort

Telefon



Zu Ihrer Gesundheit:

	Ja	Nein	
Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Haben/Hatten Sie Herzerkrankungen? z.B. Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Haben Sie Kreislauf-/Gefäßerkrankungen? z.B. hoher/niedriger Blutdruck, Thrombose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Haben Sie Atemwegserkrankungen? z.B. Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Leiden Sie unter einer Stoffwechselkrankheit? z.B. Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Haben Sie Nierenerkrankungen? z.B. Steine, Entzündungen, Dialyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Haben Sie Lebererkrankungen? z.B. Leberverhärtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Haben Sie Schilddrüsenerkrankungen? z.B. Kropf, Über-/Unterfunktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Haben Sie Magen-/Darmerkrankungen? z.B. Reflux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Haben Sie Nervenleiden? z.B. Lähmungen, Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Haben Sie Gemütskrankungen? z.B. Depressionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Haben Sie Muskelerkrankungen? z.B. Muskelschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Haben Sie Bindegewebserkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Haben Sie Infektionskrankheiten? z.B. Hepatitis, HIV, MRSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Haben Sie Osteoporose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Haben/Hatten Sie einen Tumor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Haben Sie andere Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

ZAHNARZTPRAXIS

Dr. Heiko Klein & Team



Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente?
z.B. Marcumar, ASS, Plavix, Xarelto

Ja Nein

Nehmen Sie Bisphosphonate?
z.B. Zometa, Fosamax

Nehmen Sie blutdrucksenkende Medikamente?

Nehmen Sie weitere Medikamente?

Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel?

Für unsere Patientinnen:
Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?

Haben Sie eine Pflegestufe?

Für unseren bestmöglichen Service:

Möchten Sie an Ihre Vorsorge- und
Prophylaxetermine erinnert werden?

Ja Nein

- Telefon
 WhatsApp
 E-Mail

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Ich bin Bestandspatient.
 Ich komme auf Empfehlung von
 Über soziale Medien (Bsp.: Instagram)
 Über die Online-Suche (Bsp.: Google)
 Sonstiges

Ich bin damit einverstanden, dass bei Bedarf meine personenbezogenen Daten an ein zahnmedizinisches Fremdlabor weitergegeben werden.

Ich stimme der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten ausdrücklich zu.
Die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind in der Praxis einsehbar.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in
Erziehungsberechtigte/r