

Patient:

ANAMNESEBOGEN

Name: Vorname: Geboren am:
 Straße: PLZ/Ort: Beruf:
 Telefon: eMail: Mobil / Arbeit:
 Die Praxis wurde mir empfohlen von: Krankenkasse:

Versicherter:

Name: Vorname: Geboren am:
 Straße: PLZ/Ort: Arbeitgeber:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um die für Ihre zahnärztliche Behandlung geeigneten Medikamente und Behandlungsverfahren auswählen zu können, bitten wir Sie um Beantwortung der folgenden Fragen zur allgemeinen Vorgeschichte (Anamnese). Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Herz/Kreislauf

- hoher Blutdruck
- niedriger Blutdruck
- Angina pectoris
- Herzinfarkt
- Herzschwäche
- Herzfehler
- Herzmuskelentzündung
- künstliche Herzklappe
- Herzrhythmusstörungen
- Herzschrittmacher
- oder

Gefäße

- Schlaganfall
- Thrombosen
- Durchblutungsstörungen
- Krampfadern
- oder

Blut

- Gerinnungsstörungen
 - auch bei Blutsverwandten
- Nachbluten nach Operationen
- häufiges Nasenbluten
- blaue Flecken a.o. Verletzung bzw. nach leichter Berührung
- oder

Nieren

- Nierensteine
- Nierenentzündung
- Dialysepflichtig
- oder

Leber

- Fettleber
- Leberzirrhose
- Hepatitis
 - A B C
- Gelbsucht
- Gallensteine
- oder

Atemwege/Lungen

- chronische Bronchitis
- Lungenentzündung
- Tuberkolose
- Asthma
- COPD
- Lungenemphysem
- Schlafapnoe
- Schnarchen Sie ?
- oder

Augen

- Grüner Star
- Grauer Star
- starke Einschränkung der Sehkraft
- Blindheit
- oder

Skelettsystem/Knochen

- Osteoporose
- Gelenkerkrankung
- künstliche Gelenke
- Muskelerkrankungen
- Fibromyalgie
- oder

Bisphosphonaten

- Wurden Sie in der Vergangenheit oder werden Sie zurzeit mit **Bisphosphonaten** behandelt ?
- Wegen welcher Erkrankung ?
-
-

Stoffwechsel

- Zuckerkrankheit
 - Diabetes mellitus Typ I
 - Diabetes mellitus Typ II
- Schilddrüsenunterfunktion
- Schilddrüsenüberfunktion
- oder

Magen/Darm

- Verdauungsstörungen
- Sodbrennen
- Refluxkrankheit
- Geschwür
- oder

Allergien z.B.

- Heuschnupfen
- Nahrungsmittel
- Antibiotika
- Schmerzmittel
- Jod
- Latex (z.B. Gummihandschuhe)
- Metalle
- Allergiepass vorhanden
- oder

ANAMNESEBOGEN**Immunschwäche**

- Einnahme von Cortison
 Zustand nach Organtransplantation
 AIDS, HIV
 Bestrahlung
 Chemotherapie
 Blutkrebs

oder

Andere Erkrankungen/Behinderungen

- Tumorerkrankung
 Brustkrebs
 Prostatakrebs

oder

Weitere Angaben

- Sind Sie schwanger ?**
 Welche Schwangerschaftswoche ?

- Rauchen Sie ?**
 Wie viel durchschnittlich pro Tag ?

- Sind Sie Nichtraucher ?**
 Seit wann ?

- Trinken Sie gelegentlich Alkohol ?**
 Regelmäßig ? Wie viel ?

- Gerinnungshemmende Medikamente**
 Dauerhaft oder
 in den letzten Tagen z.B.
 Aspirin/ASS
 Marcumar/Phenprocoumon
 Plavix/Iscover/Clopidogrel
 Ticlopidin

oder

Für Termine, die nicht eingehalten oder mindestens 24 Stunden vorher abgesagt werden, behalten wir uns das Recht vor, eine Ausfallpauschale von € 30,- zu berechnen.

Mir ist bekannt, daß die Behandlungskosten privat in Rechnung gestellt werden, sofern der Zahnbehandlungsschein nicht spätestens 10 Tage nach der Behandlung nachgereicht wird.

Nerven/Gemüt

- Krampfanfälle (Epilepsie)
 Lähmungen
 Depressionen
 Angstzustände

oder

Regelmäßige Medikamente

- Blutdruckmedikamente
 Herzmedikamente
 Schmerzmittel
 Rheumamittel
 Psychopharmaka
 "Antibabypille"
 Antidiabetika

welche

- Antibiotika in den letzten 3 Monaten**

- ständige ärztliche Behandlung**

weshalb

- letzte zahnärztliche Untersuchung**

wann

- ungewöhnliche Reaktionen auf zahnärztliche Behandlungsmaßnahmen**

z.B. bei

- Spritzen
 Medikamenten
 Ultraschall

welche

Auffälligkeiten im Mund-/Zahn-Bereich

- temperaturempfindliche Zähne
 Zahnfleischbluten
 Stellungsveränderung der Zähne
 Zahnspange in der Vergangenheit
 häufiges durch den Mund atmen
 Zahnverluste durch Karies
 Zahnverluste durch Zahnlockerungen

oder

- Zahnarztbesuch wegen Zahnlockerung/
 Zahnfleischbeschwerden

welche Behandlung

- "Parodontose"-Behandlung durchgeführt

wann

Alle gemachten Angaben entsprechen meinem Kenntnisstand.

Berlin,

Ort, Datum

Unterschrift