



ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Gern möchten wir kompetent und zuverlässig für Sie da sein. Eine möglichst vollständige Beantwortung der Fragen, um die wir Sie bitten, ist daher in Ihrem Interesse.

Die Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, Ihre Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Bitte kreuzen Sie das zutreffende Kästchen deutlich an.



Vielen Dank für Ihre Mitwirkung!

PATIENT

Name, Vorname

Adresse

Geburtsdatum

Geburtsort

Telefon

Handy

E-Mail

Beruf

Arbeitgeber, Ort

VERSICHERTER

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name, Vorname

Geburtsdatum

Mädchenname

VERSICHERUNG

Krankenkasse

- Private Versicherung
- Gesetzliche Versicherung
- Zusatzversicherung

SCHWEIGEPFLICHT/DATENSCHUTZ

Ich bin damit einverstanden, dass meine Behandlungsergebnisse zum Zweck der Weiterbehandlung oder Diagnostik

- dem überweisenden Arzt/Zahnarzt
- weiteren Leistungserbringern (z. B. Krankenhäuser, Techniklabore oder Pathologie)

übermittelt werden. Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen kann, ist mir bekannt.

Unterschrift

Ort/Datum

Unterschrift Patient / bei Minderjährigen Erziehungsberechtigter

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass alle behandelnden Ärzte Einsicht in meine vorhandene Karteidokumentation nehmen dürfen

Unterschrift

Ort/Datum

Unterschrift Patient / bei Minderjährigen Erziehungsberechtigter



FRAGEN ZU IHREM GESUNDHEITZUSTAND

Herzkrankheit (Infarkt, Angina pectoris, Herzschrittmacher)	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>			
Blutdruckveränderung (hoch, niedrig, Kollapsneigung)	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>			
Schlaganfall	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>			
Schilddrüsenerkrankung (Über- oder Unterfunktion)	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>			
Anfallsleiden (Epilepsie)	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>			
Augenerkrankungen (Glaukom, grüner Star)	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>			
Nierenerkrankung	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>			
Lungenerkrankung (z. B. auch Asthma)	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>			
Blutkrankheit (Blutarmut, Anämie), Gerinnungsstörung	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>			
Magen-Darmerkrankungen (Geschwür, Tumor)	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>			
Rheuma (Chronisches Rheuma, Gelenkrheuma, rheumatisches Fieber)	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>			
Nervenerkrankungen (Depression, Nervosität)	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>			
Infektionskrankheiten (z. B. Tuberkulose, AIDS, Hepatitis)	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>			
Krebs (Tumorerkrankungen)	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>			
Diabetes	Wenn Ja: HbA1c-Wert	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>		
Osteoporose	Wenn Ja, nehmen Sie hierzu Medikamente?	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>		
z.B. Zoledronat, Ibandronat, Alendronat, Denosumab wie Prolia oder XGeva					
Nehmen Sie eines der folgenden aufgeführten blutverdünnenden Medikamente regelmäßig?				JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
z.B. ASS (Aspirin), Marcumar, Plavix, Iscover, Pradaxa, Xarelto, Eliquis, Lixiana, Sonstige:					

ALLGEMEINES

Rauchen Sie?	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Wie viele Zigaretten pro Tag?		
Nehmen oder nahmen Sie Drogen	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
in den letzten 5 Jahren?	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Besteht eine Schwangerschaft?	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Medikamente?	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Name des Medikamentes		

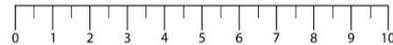
WIR MOCHTEN SIE GERNE NAHER KENNENLERNEN...*

Wer hat Ihnen unsere Praxis empfohlen?

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Bitte beurteilen Sie auf einer Skala von 1 (wenig) bis 10 (viel) die folgenden Punkte:

Wie ausgeprägt ist Ihre Angst vor dem Zahnarzt?



Möchten Sie eine Sedierung bei der Behandlung erhalten?

JA NEIN

* freiwillige Angaben

Unterschrift

Ort/Datum

Unterschrift Patient / bei Minderjährigen Erziehungsberechtigter

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Dr. Obada Barry
FACHZAHNARZT FÜR ORALCHIRURGIE