



Anamnesebogen

Patient: _____
 Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Mitglied: _____
 Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Anschrift: _____
 Postleitzahl _____ Ort _____ Straße _____

Telefon: _____ **Handy:** _____ **E-Mail:** _____

Krankenversicherung: _____ **Behandelnder Hausarzt:** _____

Arbeitgeber: _____ **Beruf:** _____

(Bitte ausfüllen oder ankreuzen)

		ja	nein
Kreislaufkrankungen:	hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	andere Herzerkrankungen, wenn ja welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stoffwechsel- erkrankungen:	Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien:	wenn ja welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionskrankheiten:	Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A oder B)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	chronische Erkrankungen der Atemwege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Immunsystem:	Leiden Sie unter Erkrankungen des Immunsystems? (Autoimmun, Rheuma, HIV-positiv)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nehmen Sie regelmäßig Medikamente zur Blutverdünnung ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? wenn ja welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nehmen Sie Bisphosphonate ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weitere Angaben:	Haben Sie künstliche Gelenke, wenn ja welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sind Sie schwanger, wenn ja, welche Schwangerschaftswoche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Besitzen Sie ein Bonusheft, wenn ja bitte vorlegen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wollen Sie regelmäßig an Kontrolltermine erinnert werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Verschwiegenheitserklärung: Ich bin einverstanden, dass meine Daten an weiter- behandelnde Zahnärzte, Kieferchirurgen und Krankenkassen übermittelt werden dürfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Haben Sie den Aushang zur Datenverarbeitung gemäß EU-DSGVO Datenschutzverordnung Art.6 Abs. 1b im Wartezimmer zur Kenntnis genommen und willigen Sie der Verarbeitung Ihrer Daten zum Zweck der Leistungserbringung und Abrechnung bis auf Widerruf ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Medikamente, auch Betäubungsspritzen können Ihre Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen. Sollte im Unterkiefer eine Betäubungsspritze notwendig sein, erfolgt eine Anästhesie des gesamten Unterkiefernervs einer Seite. Dabei kann in sehr seltenen Fällen (ca. 0,01%) der Nerv vorübergehend oder bleibend geschädigt werden. Dies ist mit einem Taubheitsgefühl im Kinnbereich und / oder Zunge verbunden.

Datum, Unterschrift

Datum, Unterschrift