

# Anamnesebogen

Herzlich Willkommen in unserer Zahnarztpraxis. Für Ihre Behandlung können eventuell vorhandene oder durchgemachte Allgemein-Erkrankungen von Bedeutung sein. Bitte füllen Sie deshalb zu Ihrer eigenen Sicherheit diesen Fragebogen sorgfältig aus. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand entsprechend anzupassen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, so helfen wir Ihnen gerne.

Patient	Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____	
Versicherter	Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____	
Anschrift	Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____	
Telefon/ E-Mail	Straße _____ PLZ, Wohnort _____	
Versicherung/ Krankenkasse	Privat _____ Mobil _____	E-Mail _____
Name behandelnder Hausarzt _____		

## Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzerkrankungen, wenn ja welche	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

## Infektionskrankheiten

AIDS (HIV-Infektion)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Leberentzündung/Hepatitis	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Chron. Erkrankungen der Atemwege	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

## Stoffwechselerkrankungen

Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

## Weitere Erkrankungen

Asthma	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Rheuma	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

## Allergien

Lokalanästhetika	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Antibiotika	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Andere, wenn ja welche	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

## Medikamente

Medikamente zur Blutverdünnung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie Bisphosphonate ein?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?		

## Weitere Angaben

Haben Sie Künstliche Gelenke?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, welche? _____
-------------------------------	-----------------------------	-------------------------------	------------------------

Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, in welche Woche? _____ Woche
-------------------------------	-----------------------------	-------------------------------	---------------------------------------

Besitzen Sie ein Bonusheft, wenn ja bitte vorlegen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
---	-----------------------------	-------------------------------

Möchten Sie von uns per E-Mail an die Vorsorgeuntersuchung erinnert werden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
---	-----------------------------	-------------------------------

## Verschwiegenheitserklärung

Ich bin einverstanden, dass meine Daten an weiter- behandelnde Zahnärzte, Kieferchirurgen und Krankenkassen übermittelt werden dürfen.

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung und Bearbeitung meiner Daten einverstanden. 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 möglichst 48 Stunden vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können (§615 Satz BGB, §287 ZPO). Bei mehrmaligem Nichterscheinen ohne Absage können wir Ihnen aus organisatorischen Gründen keine festen Termine mehr geben.

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.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Ort, Datum

Unterschrift Patient