

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

herzlich willkommen in unserer Zahnarztpraxis. Wir möchten Sie bitten, sich ein paar Minuten Zeit zu nehmen, um uns ein paar Fragen zu Ihrer Versicherung und ihrem Gesundheitszustand zu beantworten. Bitte füllen Sie alles so genau wie möglich aus. Falls sich zu einem späteren Zeitpunkt Änderungen ergeben sollten, bitten wir Sie, uns dies bei Ihrem nächsten Termin mitzuteilen. Sollten Sie Fragen beim Ausfüllen des Bogens haben, wenden Sie sich bitte an die Mitarbeiterinnen oder die Zahnärzte. Wir helfen Ihnen gerne weiter.

Patient:			
	Name	Vorname	Geburtsdatum
Adresse:			
	Straße	Hausnummer	Postleitzahl
	Ort	Telefonnummer	Handynummer
	Email		

Versicherter:			
	Name	Vorname	Geburtsdatum
Adresse Versicherter:			
<input type="checkbox"/> Ehegatte	Straße	Hausnummer	Postleitzahl
<input type="checkbox"/> Mutter/Vater			
	Ort	Telefonnummer	Handynummer

Krankenkasse:		Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/> ja
			<input type="checkbox"/> nein
Beruf:			
Letzter Zahnarzt:		Ort:	
Hausarzt:		Ort:	
Auf die Praxis aufmerksam geworden durch:			
Letztes Röntgenbild im Kieferbereich (Monat/Jahr):		Letzter Zahnersatz (Monat/Jahr):	

Fragen zum Gesundheitszustand:

Waren Sie die letzten Jahre in ärztlicher Behandlung oder im Krankenhaus? O ja O nein

Wenn ja, wann und warum?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? O ja O nein

Wenn ja, welche?

--	--	--

Sind sie gegen Medikamente allergisch?

--	--	--

Bestehen sonstige Allergien?

--	--	--

Haben/hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Künstliche Herzklappen
<input type="checkbox"/> Osteoporose	<input type="checkbox"/> HIV/ AIDS	<input type="checkbox"/> Herzklappenerkrankungen
<input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> MRSA (Krankenhauskeim)	<input type="checkbox"/> künstliche Gelenke
<input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Herzschwäche
<input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfunktion	<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher
<input type="checkbox"/> Schilddrüsenunterfunktion	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Depressionen
<input type="checkbox"/> Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Gerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> Demenz

Haben/hatten Sie eine Krebserkrankung? O ja O nein

Wenn ja, welche/ wann?

Welche Maßnahme wurde zur Therapie der Krebserkrankung durchgeführt?

Operation Bestrahlung Chemotherapie

Haben Sie sonstige Erkrankungen?

<input type="checkbox"/> Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/> Hauterkrankungen	<input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen
<input type="checkbox"/> Atemwegserkrankungen	<input type="checkbox"/> Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/> Sonstige

Wenn ja, welche?

Nehmen Sie Blutverdünner? O ja O nein

Wenn ja, welche?

Für Frauen:

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Stillen Sie? ja nein

Datum _____

Unterschrift Patient (Bei Minderjährigen Unterschrift Erziehungsberechtigter) _____