

Anamnesebogen für zahnärztliche Behandlung von _____ geb. _____

Sehr geehrter Patient,

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Wir bitten Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig auszufüllen. Er wird Ihrer Karteikarte beigelegt. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Sie dienen ausschließlich dazu, Komplikationen bei Ihrer Behandlung zu vermeiden. Sollten Sie Schwierigkeiten bei der Beantwortung der Fragen haben, wenden Sie sich bitte an uns; wir helfen Ihnen gerne!

Leiden oder litten Sie an :		Ja	Nein	?
Herz	Herzinfarkt			
	Herzschrittmacher			
	Herzklappenfehler/-OP			
	Verengung der Herzkranzgefäße			
	Herzinsuffizienz			
	Herzrhythmusstörungen			
Kreislauf	hoher Blutdruck			
	niedriger Blutdruck			
	Durchblutungsstörungen			
	Sonstiges:			
Blutgerinnung	Gerinnungsstörung			
Augen	Grüner Star (Glaukom)			
	Grauer Star			
Lunge	Asthma			
	Bronchitis			
	Rauchen Sie?			
Magen-Darm-Erkrankungen	Welche?			
Nieren	Dialyse			
	Nierenerkrankung			
	Sonstiges:			
Anfallsleiden	Epilepsie			
	Andere:			
Leber	Gallenblasenentzündung / Gallensteine			
	Hepatitis (Gelbsucht)			
	Leberschädigung/ Funktionsstörung			
	Sonstiges:			
Bewegungsapparat	Rheuma			
	Rheumatisches Fieber			
	Arthritis			
	Häufige orthopädische oder physiotherapeutische Behandlungen?			
	Sonstiges:			
Infektionen	HIV			
	Hepatitis			
	Borreliose			
	Tuberkulose			
	Röteln, Mumps, Masern, Scharlach (zur Zeit)			
	Sonstiges:			
Stoffwechsel	Diabetes (Zuckerkrankheit) HbA1c:			
	Schilddrüsenunterfunktion			
	Schilddrüsenüberfunktion			
Psychische Erkrankungen	Depressionen			
	Sonstige:			

		Ja	Nein	?
Besteht eine Tumorerkrankung / Tumorthherapie? Weswegen?				
Andere Erkrankungen :				
Ihr Hausarzt: _____				
Ort: _____ Tel.: _____				
Welche Medikamente nehmen Sie derzeit regelmäßig ein?				
Besitzen sie einen Allergiepass?				
Allergien gegen:	Medikamente - Wenn ja, welche?			
	Andere Stoffe - Wenn ja, welche?			
Waren Sie innerhalb der vergangenen 2 Jahre im Krankenhaus zur Behandlung?				
Wenn ja, weswegen?				
Wann und durch wen wurden sie in den letzten 6 Monaten außerhalb unserer Praxis im Kopf-/Kieferbereich geröntgt?				
Zahnregion: _____				
Datum (ca.): _____				
Arzt/Krankenhaus: _____				
Haben Sie Angst vor zahnärztlichen Spritzen?				
Traten oder treten bei zahnärztlichen Spritzen Komplikationen auf?				
Wünschen Sie auch bei kleineren zahnärztlichen Behandlungen eine örtliche Betäubung?				
Besteht z.Z. eine Schwangerschaft?				
Wenn ja, welche Woche? _____ Woche				
Haben Sie Beschwerden im Bereich der Kiefergelenke oder der Kaumuskulatur?				
Knirschen Sie mit den Zähnen?				

Ich versichere alle Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben. Spätere Änderungen werde ich umgehend mitteilen.

Datum _____

Unterschrift Patient/ gesetzlicher Vertreter* _____

*Unterzeichnet ein Elternteil allein, so erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht oder die Gesundheitsfürsorge allein zusteht oder im Einverständnis mit dem anderen Elternteil gehandelt wird.