

# Anamnesebogen



## Liebe Patientin, lieber Patient!

Herzlich Willkommen in der Zahnarztpraxis Dr. Haske und Kollegen! Um Ihren Gesundheitszustand und Ihre speziellen Anliegen kennen zu lernen, bitten wir Sie die nachfolgenden Fragen zu beantworten. Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung benötigen wir die möglichst vollständige Beantwortung. Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an unsere Mitarbeiterinnen an der Rezeption. Gerne helfen wir Ihnen weiter. Im voraus vielen Dank für Ihre Mühe und Verständnis.

## Persönliches

Nachname, Vorname

Geburtsdatum

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Telefon- und Mobilnummer (Nummer, unter der Sie tagsüber am besten zu erreichen sind)

Sie kommen auf Empfehlung von:

Arbeitgeber

Beruf

Krankenkasse

Zahnezusatzversicherung

Versicherter (bei nicht selbst Versicherten)

Geburtsstag (des Versicherten)

Hausarzt und Adresse

Telefon Ihres Hausarztes (falls zur Hand)

## Unser Service

### Wünschen Sie Informationen zu folgenden Themen?

- Prophylaxe    Implantate    Zahnersatz    Behandlung des Kiefergelenks

### Unser Service: regelmäßige Erinnerungen

- Ich möchte den Recallservice Ihrer Praxis in Anspruch nehmen. Bitte erinnern Sie mich in regelmäßigen Abständen schriftlich, telefonisch, oder per E-Mail an einen Nachsorgetermin zur Untersuchung und/oder zur Behandlung. Die Teilnahme am Recall kann ich jederzeit widerrufen.

### Wie möchten Sie von uns erinnert werden?

- Schriftlich    Telefonisch

\_\_\_\_\_ Email-Adresse, an die die Benachrichtigung erfolgen soll

## Gesundheitliches

Haben Sie zu hohem Blutdruck?  Ja  Nein

Haben Sie zu niedrigem Blutdruck?  Ja  Nein

Hatten Sie eine Herz-OP?  Ja  Nein

Falls ja, bitte folgendes ankreuzen:

Bypass-OP  Ja  Nein

Klappenersatz,  Ja  Nein

Herzschrittmacher  Ja  Nein

Anderes (bitte angeben)

Konsumieren Sie regelmäßig Drogen?  Ja  Nein

Leiden Sie unter Alkoholsucht?  Ja  Nein

Rauchen Sie?  Ja  Nein

\_\_\_\_\_  
Falls ja, bitte Menge angeben

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  Ja  Nein

\_\_\_\_\_  
Falls ja, welche:

Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?  Ja  Nein

\_\_\_\_\_  
Falls ja, welche:

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?

\_\_\_\_\_  
Bitte Medikamente benennen

Wann wurden Sie das letzte Mal geröntgt?

\_\_\_\_\_  
Ungefähres Datum und untersuchte Körperregion

Leiden Sie an der Zuckerkrankheit (Diabetes)?  Ja  Nein

\_\_\_\_\_  
Falls ja, bitte aktuellen Blutzucker-Langzeitwert (HbA1C) angeben

### Leiden Sie unter einer der folgenden Erkrankungen?

Schilddrüsenerkrankung  Ja  Nein

Asthma / Lungenerkrankung  Ja  Nein

Hepatitis (A/B/C) / Lebererkrankung  Ja  Nein

Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)  Ja  Nein

Glaukom (Erhöhter Augeninnendruck)  Ja  Nein

Immunschwäche (HIV)  Ja  Nein

Allergie gegen?  Ja  Nein

Allergiepass vorhanden?  Ja  Nein

Leiden Sie an sonstigen Erkrankungen?  Ja  Nein

\_\_\_\_\_  
Falls ja, welche

Liegt eine Schwangerschaft vor?  Ja  Nein

\_\_\_\_\_  
Wenn ja, welche Woche?

Haben Sie vor der zahnärztlichen Behandlung große Angst?  Ja  Nein

Haben sie zur Zeit Beschwerden im Bereich der Zähne / Kiefer?  Ja  Nein

• Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.

• Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.

• Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen. Andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.

• **Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe. Ferner bestätige ich, dass alle Angaben wahrheitsgemäß erteilt worden sind.**

Siegburg, den \_\_\_\_\_

Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient