

## **ANAMNESEBOGEN**

### **Herzlich willkommen in unserer Praxis!**

Bitte füllen Sie uns diesen Fragebogen sorgfältig aus. Dadurch erleichtern Sie uns das Erkennen von Risikofaktoren und unterstützen so optimal Ihre Behandlung. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

#### **Patient Angaben:**

|                         |                             |
|-------------------------|-----------------------------|
| Nachname .....          | Vorname .....               |
| Geburtsdatum .....      | Telefon .....               |
| Straße .....            | PLZ / Ort .....             |
| E-Mail .....            | Name der Krankenkasse ..... |
| Privat versichert ..... | z. Zusatzversicherung ..... |

#### **Versicherter/Zahlungspflichtiger/gesetzlicher Vertreter:**

|                          |                    |
|--------------------------|--------------------|
| Name, Vorname .....      | Geburtsdatum ..... |
| Straße, Hausnummer ..... | PLZ, Ort .....     |

#### **Gesundheitsfragen**

liegt eine Pflegestufe vor? Ja ☐ Nein ☐  
Pflegegrad: .....

#### **Infektionskrankheiten**

- ☐ Hepatitis A, B, C oder andere Leberentzündungen
- ☐ MRSA (Krankenhauskeim)
- ☐ HIV (Immunschwächeerkrankungen)
- ☐ TBC (Tuberkulose)
- Sonstige | Wenn ja, welche? -----  
-----

#### **Herzkreislauferkrankungen**

- ☐ Herzinnenhautentzündung (Endokarditis)
- ☐ Koronare Herzkrankheit (Angina pectoris)
- ☐ Erhöhter Blutdruck (Hypertonie)
- ☐ Schlaganfall
- ☐ Herzinfarkt
- ☐ Herzklappenfehler / -ersatz
- ☐ Tragen Sie einen Herzschrittmacher?
- ☐ Haben Sie einen Herzpass?
- Sonstige | Wenn ja, welche? -----

#### **Nehmen Sie derzeit Medikamente?**

- ☐ Blutgerinnungshemmende Medikamente:  
(z.B. Ass 100, Marcumar, Xarelto) , welche? -----  
-----
- ☐ Osteoporose Medikamente:  
(z.B. Bisphosphonate), welche? -----  
-----
- ☐ Herz-Kreislauf Medikamente:  
(z.B. ACE-Hemmer, Beta-Blocker). welche? -----  
-----
- Sonstige | Wenn ja, welche? -----

#### **Weitere Erkrankungen**

- ☐ Diabetes Mellitus (Zuckerkrankheit)
- ☐ Schilddrüsenerkrankung
- ☐ Asthma / chronische Bronchitis
- ☐ Erkrankungen der Leber / der Niere
- ☐ / des Magen-Darm-Trakts? Welche -----
- ☐ Osteoporose
- ☐ Grüner Star (Glaukom)
- ☐ Tumorerkrankung Wenn ja, welchen Tumor?
- Sonstige | Wenn ja, welche? -----

○ **Allergien**

- Penicillin- / Antibiotika-Allergie
- Lokalanästhetika-Allergie (örtl. Betäubung)
- Latexallergie

Sonstige | Wenn ja, welche? -----

-----

**Blut**

- Liegt eine Blutungsneigung vor?
- Blutgerinnungsstörung / Faktormangel? -----

-----

**Weitere Angaben**

- Rauchen Sie?
- für Frauen Sind Sie schwanger?
- / stillen Sie?
- Gab es schon einmal Komplikationen bei einer Zahnbehandlung? -----

-----

- Knirschen? -----
- letztes Röntgenbild? -----
- Leiden Sie unter Zahnarztangst?

Sonstige | Wenn ja, was? -----

-----

**Liebe Patientinnen und Patienten,**

um Ihnen unnötige Wartezeiten zu ersparen, arbeiten wir – außer in Notfällen – ausschließlich mit vorherigen Terminvereinbarungen. Für jeden Termin planen wir ausreichend Zeit ein, die wir speziell für Sie freihalten.

Damit unser Praxisablauf reibungslos funktioniert und wir auch anderen wartenden Patientinnen und Patienten helfen können, bitten wir Sie herzlich, uns spätestens 24 Stunden vor Ihrem Termin telefonisch zu informieren, falls Sie einen Termin nicht wahrnehmen können.

Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir bei Nichterscheinen ohne rechtzeitige Absage ein Ausfallhonorar in Höhe von 50,00 € berechnen müssen.

Dieser Betrag dient dazu, den für Sie reservierten, aber ungenutzten Behandlungszeitraum zu decken.

Wir bedanken uns für Ihr Verständnis und Ihre Unterstützung.

Ihr Praxisteam

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift