

Persönliche Angaben

Name, Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Straße: _____
Wohnort: _____
Versicherter (falls abweichend vom Patienten) _____
Telefon (privat): _____
Beruf: _____
Hausarzt: _____

Krankenkasse: _____
O Gesetzlich O Privat
O Zahnzusatzversicherung: O Beihilfeberechtigt
O Selbstzahler
Email: _____
Arbeitgeber: _____
Empfohlen durch: _____

Allgemeine Anamnese

Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

Erkrankungen von Herz und Kreislauf	O ja	O nein		
O Herzinfarkt			O Herzrhythmusstörungen	O Künstliche Herzklappe
O Bypass			O Angina Pectoris	
Atemwegserkrankungen	O ja	O nein	O Asthma	O Atemnot
Infektionserkrankungen	O ja	O nein	O HIV / Aids	O TBC O MRSA
Lebererkrankungen	O ja	O nein	O Hepatitis	O A O B O C
Nierenerkrankungen	O ja	O nein	O Dialyse	O Chron. Niereninsuffizienz
Stoffwechselerkrankungen	O ja	O nein	O Diabetes	O Schilddrüsenerkrankung
Erkrankungen an Knochen/ Skelettsystem	O ja	O nein	O Osteoporose	O Muskelerkrankung
			O Rheuma	O Künstliche Gelenke
Erkrankungen von Magen, Darm	O ja	O nein	_____	_____
Haut- und/oder Geschlechtskrankheiten	O ja	O nein	_____	_____
Sonstige Erkrankungen	O ja	O nein	_____	_____
O Erhöhter Blutdruck			O Blutgerinnungsstörung	O Tumorleiden
O Glaukom			O Suchterkrankung	
O Niedriger Blutdruck				
O Epilepsie				
O Psychische Erkrankung				
Allergien (Arzneimittelunverträglichkeiten)	O ja	O nein	_____	_____
Besteht eine Schwangerschaft	O ja	O nein	_____	welcher Monat? _____
Nehmen Sie zurzeit oder regelmäßig Medikamente ein?				
Blutverdünnende Medikamente	O ja	O nein	O ASS	O Marcumar O Xarelto, Plavix
Knochenstärkungsmittel (Bisphosphonate)	O ja	O nein		
Sonstige Medikamente	O ja	O nein	_____	_____

Zahnärztliche Anamnese

Rauchen Sie? **O ja** **O nein** pro Tag: _____
Letzte zahnärztliche Röntgenuntersuchung am: _____

Einverständnis zum Recall

Möchten Sie von uns an Ihre halbjährlichen Kontrolltermine erinnert werden? **O ja** **O nein**

Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes.

Wir machen Sie hiermit darauf aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24h beeinträchtigt sein kann, sowohl durch die Behandlung als auch durch den Einfluss von Injektionen oder Medikamenten.

Wir bitten Sie, Ihre Termine pünktlich einzuhalten oder mindestens 24h im Voraus abzusagen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die im Anamnesebogen geforderten Angaben gewissenhaft und wahrheitsgemäß gemacht und die Hinweise verstanden habe.

Datum

Unterschrift Patient (ggf. Sorgeberechtigter)