

# Anamnesebogen



Damit Ihre Behandlung nach Ihren Wünschen und Ihrem Gesundheitszustand angepasst werden kann, bitten wir Sie um die Beantwortung folgender Fragen. Die ist für die Durchführung eines umfassenden Behandlungskonzepts und einer risikofreien Behandlung erforderlich.  
Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

<b>Patient:</b>			
Herr/Frau/Kind	Name	Vorname	geb.
<b>Versicherter</b>			
	Name	Vorname	geb.
<b>Anschrift</b>			
	Straße, Hausnummer	Ort	PLZ.
<b>Telefon</b>			
	Mobilfunk	Tel.Privat	Tel.dienstlich
<b>Beruf</b>	<b>Arbeitgeber</b>		
<b>Versicherungsstatus</b>			
	Gesetzlich bei	Freiwillig bei	
	( ) ja ( ) nein		
	Privat bei	Basistarif	Beihilfe bei
Haben Sie eine private Zusatzversicherung?	( ) ja ( ) Nein	bei:	
Wurden Sie an unsere Praxis überwiesen?	( ) ja ( ) Nein	von:	
Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?	( ) Ja ( ) Nein	Wehalb?	
Ihr Hausarzt/Facharzt			
	Name	Adresse	Telefon
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?			
( ) Nein ( ) Ja , Welche?			
( ) Blutgerinnungshemmende Medikamente (Marcumar,Aspirin)			
( ) Bisphosphonate (Knochenstoffwechselhemmer)			
Haben Sie Allergie? ( ) Nein ( ) Ja ,gegen welche Stoffe?			
Traten nach Spritzen Nebenwirkungen auf? ( ) Nein ( ) Ja,welche?			
Haben Sie Bluterkrankungen? ( ) Nein ( ) Ja ,Welche?			
( ) Blutgerinnungsstörungen ( ) Sonstiges			
Haben Sie Herz-Kreislauferkrankungen? ( ) Nein ( ) Ja			
<input type="radio"/> Herzschwäche (Insuffizienz)	<input type="radio"/> Herzklappenersatz		

- Herzschrittmacher
- Hoher Blutdruck
- Herzinfarkt,wann \_\_\_\_\_
- Sonstiges \_\_\_\_\_

Haben Sie Stoffwechselerkrankungen? ( ) Nein ( ) Ja,welche?

- Zuckerkrankheit (Diabetes)
- Nierenerkrankungen
- Magen-Darm Erkrankung
- Schilddrüsenerkrankungen
- Sonstiges:\_\_\_\_\_

Haben Sie Erkrankungen des Nervensystems? ( ) Nein ( ) Ja ,welche?

- Epileptiforme Anfälle
- Krämpfe
- Sonstiges:\_\_\_\_\_

Haben Sie Infektionserkrankungen ? ( ) Nein ( ) Ja,welche?

- Hepatitis (A/B/C)
- Tuberkulose
- AIDS
- Sonstiges:\_\_\_\_\_

Haben Sie folgende Erkrankungen?

- Anfallsleiden,Schlaganfall
- Rheuma
- Grüner Star( erh.Augeninnendruck)
- Künstliche Gelenke
- Sonstiges:\_\_\_\_\_

Haben Sie sonstige Erkrankungen ?( ) Nein ( ) Ja,welche?\_\_\_\_\_

Nehmen Sie Genussmittel ein? ( ) Nein ( ) Ja ,welche?

- Nikotin,tägliche konsumierte Menge ca \_\_\_\_\_
- Alkohol
- Sonstige \_\_\_\_\_

Ich besitze folgende Dokumente:

- Keines
- Allergiepass
- Bonusheft
- Endokarditispass
- Implantatpass
- Aktuelle Medikamentenliste

Benötigen Sie Endokarditisprophylaxe? ( )Nein ( ) Ja

Sind Sie schwanger? ( ) Nein ( ) Ja

Sind Sie mit der Farbe Ihrer Zähne zufrieden? ( ) Nein ( ) Ja

Sind Sie mit Ihrer Zahnstellung zufrieden? ( ) Nein ( ) ja

Wurde bei Ihnen eine Profi. Zahnreinigung durchgeführt? ( ) Nein ( ) Ja,wann?\_\_\_\_\_

Möchten Sie an unserem kostenlosen Recall-Programm teilnehmen? ( )Ja ( ) Nein

Ist der Unterzeichner Erziehungsberechtigter oder gerichtlich bestellter Betreuer?

( ) Nein ( ) Ja ,Adressangaben:\_\_\_\_\_

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte Teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben sofort mit  
Bogen. den, \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter Betreuer