



Anamnesebogen

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,

bitte beantworten Sie die folgenden Fragen gewissenhaft und kreuzen Sie Zutreffendes an. Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen natürlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Patientendaten

Name: _____ Vorname: _____ Geb. Datum: _____

Straße: _____ PLZ: _____

Wohnort: _____ Tagsüber erreichbar unter Tel.: _____

Versicherter (z. B. bei Kindern): _____ Geb.-Datum: _____

Krankenkasse oder Versicherung: _____

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ich bin pflichtversichert | <input type="checkbox"/> Ich bin privat versichert | <input type="checkbox"/> Ich bin Standardtarif
Versicherte(r) gemäß
§257 Abs. 2 SGB V |
| <input type="checkbox"/> Ich bin freiwillig versichert | <input type="checkbox"/> Ich bin beihilfeberechtigt | |
| <input type="checkbox"/> Ich bin privat zusatzversichert | <input type="checkbox"/> Ich bin nicht versichert | |

Hausarzt evtl. Kardiologe: _____

Gesundheitsfragen

Hatten oder haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

Erkrankungen des Herzens (Herzinfarkt, Angina pectoris, ...)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Erhöhtes Endokarditisrisiko (Entzündung der Herzinnenhaut)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Erkrankungen des Kreislaufs (z. B. Hypertonus)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schlaganfall (Apoplex)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bluterkrankungen (Hämophilie, ...)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Blutgerinnungsstörungen (häufiges Nachbluten)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Infektionskrankheiten (TBC, HIV/AIDS, Hepatitis, ...)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
chronische Atemwegserkrankungen (Asthma, ...)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Magenerkrankungen (M. Crohn, ...)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Erkrankungen der Schilddrüse	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Erkrankungen der Niere	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Erkrankungen der Leber	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Diabetes Typ 1 oder Typ 2	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein



Haben Sie andere ernsthafte Erkrankungen, die noch nicht aufgeführt wurden?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

ja

nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie Allergien / Unverträglichkeiten? (z. B. Medikamente, Materialien, ...)

ja

nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie einen Allergiepass?

ja

nein

Besteht eine Schwangerschaft?

ja

nein

Rauchen Sie?

ja

nein

Tragen Sie einen Herzschrittmacher?

ja

nein

Treten oder traten Nebenwirkungen bei zahnärztlichen Spritzen auf?

ja

nein

Legen Sie Wert auf Behandlung unter örtlicher Betäubung?

ja

nein

Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten und Injektionen zur örtlichen Betäubung beeinträchtigt sein kann.

Ist Ihnen eine professionelle Zahnreinigung (PZR) bekannt?

ja

nein

Für neue Patienten:

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Wir sind eine Bestellpraxis. Wenn wir unsere Zeit für Sie reserviert haben und Sie nicht erscheinen, was dann? In dieser Zeit sind wir nicht beschäftigt. Die ganze Praxis war auf Ihren Besuch eingestellt. Für den Fall, dass Sie Ihren Termin nicht in Anspruch nehmen können, bitten wir Sie deshalb, rechtzeitig (das heisst möglichst 48 Stunden vorher) abzusagen. Sie erweisen uns und Ihren Mitpatienten damit einen grossen Gefallen. Bei Nichterscheinen ohne vorherige Absage können wir Ihnen aus organisatorischen Gründen keinen festen Termin mehr geben. Ausfallzeiten können nach §615 Satz BGB 287 ZPO berechnet werden.

Ort, Datum

Unterschrift