

ANAMNESEBOGEN

Herzlich willkommen in unserer Zahnarztpraxis GEORG SCHWEIGER

Vor einer zahnmedizinischen Behandlung benötigen wir einige Angaben von Ihnen.

Neben den Angaben zu Ihrer Person benötigen wir auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand um eine eventuell adäquate und risikoarme Behandlung durchführen zu können.

Patientendaten:

Name des Patienten: _____

Geb. am: _____

Geburtsort: _____

Anschrift: _____

Name der
Krankenkasse: _____

Telefon: _____

Handy: _____

Telefon Büro: _____

Fax: _____

E-Mail-Adresse: _____

Beruf: _____

Versichertendaten: (sofern diese von den Patientendaten abweichen)

Versicherungsnehmer: _____

Geb. am: _____

Anschrift: _____

Weitere Angaben:

Arbeitgeber: _____

Anschrift Arbeitgeber: _____

Ihr persönlicher Gesundheitscheck:

Herzerkrankung	ja ()	nein ()
Herzschrittmacher	ja ()	nein ()
Künstliche Herzklappen	ja ()	nein ()
Hoher Blutdruck	ja ()	nein ()
Niedriger Blutdruck	ja ()	nein ()
Ohnmachtsneigung	ja ()	nein ()
Marcumar/ Gerinnungshemmer	ja ()	nein ()
Blutungsneigung/ Bluterkrankung	ja ()	nein ()
Rheuma	ja ()	nein ()
Diabetes	ja ()	nein ()
Schilddrüsenerkrankung	ja ()	nein ()
Lebererkrankung (Hepatitis)	ja ()	nein ()
Magen- / Darmerkrankung	ja ()	nein ()
Nierenerkrankung	ja ()	nein ()
Lungenerkrankung/ Asthma	ja ()	nein ()
Nasen- / Nebenhöhlenerkrankung	ja ()	nein ()
Epilepsie	ja ()	nein ()

Haben Sie eine sonstige schwere Erkrankung? ja () nein ()

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie eine Allergie oder Eine Arzneimittelunverträglichkeit? ja () nein ()

Wenn ja, welche? _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? _____

Wie heißt Ihr Hausarzt? _____

Sind Sie Raucher? ja () nein ()

Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft? ja () nein ()

Wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung? _____

Bitte sagen Sie uns vor jeder Behandlung sofort Bescheid, wenn sich an Ihrem Gesundheitszustand etwas geändert hat, Sie zum Beispiel neue Medikamente einnehmen müssen oder eine Herzerkrankung, eine Allergie, Diabetes, oder auch eine Schwangerschaft diagnostiziert wurde.

Über solche oder andere Veränderungen müssen wir bitte informiert werden, damit wir bei der Behandlung darauf Rücksicht nehmen können.

Wir machen darauf aufmerksam, dass nach einer Lokalanästhesie die Fahrtüchtigkeit eingeschränkt ist.

Wir behalten uns vor Termine, die nicht mindestens 24 Stunden vorher abgesagt wurden, mit einem Ausfallhonorar zu berechnen.

Datum: _____ Unterschrift: _____