

# Anamnese



Patient (Name, Vorname) _____ geb. _____	Versicherter (Name, Vorname) _____ geb. _____
Anschrift (Strasse / Nr.) _____ Tel.-Nr. _____	PLZ _____ Wohnort _____
Krankenkasse (wenn Privat Standardtarif Ja <input type="radio"/> / Nein <input type="radio"/> ) _____	Beruf _____
Bei wem dürfen wir uns für Ihr Interesse an unserer Praxis bedanken? _____	Arbeitgeber _____

Ihre Daten unterliegen natürlich der ärztlichen Schweigepflicht. Sollten beim Ausfüllen Fragen entstehen, wenden Sie sich vertrauensvoll an unsere Mitarbeiter.

	Ja / Nein		Ja / Nein
1. Leiden Sie an Herz-, Kreislauf- oder Gefäßerkrankungen?	○ / ○	14. Leiden Sie an Rheuma?	○ / ○
2. Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	○ / ○	15. Rauchen Sie, wenn ja wieviel? _____	○ / ○
3. Leiden Sie an Asthma?	○ / ○	16. Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Wenn ja, wie oft und wieviel? _____	○ / ○
4. Besteht eine Blutgerinnungsstörung? Sind Nachblutungen bekannt?	○ / ○	17. Nehmen Sie Drogen? Wenn ja, welche? _____	○ / ○
5. Ist eine Hepatitis, HIV oder TBC-Infektion bekannt?	○ / ○	18. Waren Sie in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung?	○ / ○
6. Besteht ein Diabetes (Zuckerkrankheit)?	○ / ○	19. Haben Sie Zahnfleischbluten?	○ / ○
7. Besteht ein Grüner Star (Glaukom)?	○ / ○	20. Beobachten Sie Zahnfleischrückgang?	○ / ○
8. Sind Allergien bekannt? Wenn ja, welche: _____	○ / ○	21. Haben Sie Schmerzen im Kopf- bzw. Nackenbereich?	○ / ○
9. Sind Ohnmachtsanfälle oder Epilepsie bei Ihnen schon mal aufgetreten?	○ / ○	22. Beobachten Sie nächtliches Knirschen?	○ / ○
10. Sind Sie schwanger?	○ / ○	23. Leiden Sie unter nächtlichen Atemaussetzern (Schlafapnoe)?	○ / ○
11. Gibt es in Ihrer Vorgeschichte „böartige Erkrankungen“?	○ / ○	24. Sind Sie in den letzten 6 Monaten im Kopf- bzw. Gesichtsbereich geröntgt worden?	○ / ○
12. Bestehen psychische Erkrankungen?	○ / ○		
13. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wann ja, welche: _____ _____	○ / ○	Zahnmedizinische Aspekte, über die Sie gerne aufgeklärt, bzw. beraten werden möchten: _____ _____	

Bitte beachten Sie, dass nach Injektionen und örtlichen Betäubungen die Fahrtüchtigkeit und Reaktionsfähigkeit beeinträchtigt sein kann. Weiterhin kann es bei jeder Form der örtlichen Anästhesie zu Verletzungen der Nerven und zu Hämatomen kommen. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie Ihre Angaben und Ihr Wissen über zuvor aufgeführte Risiken. Wir bitten Sie, vereinbarte Termine einzuhalten oder rechtzeitig, bzw. 2 Tage vorher abzusagen. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine können in Rechnung gestellt werden (§615 BGB §287 ZPO). Da akute Krankheitsfälle nicht planbar sind, bitten wir um Verständnis, dass es auch mit einem Termin zu Wartezeiten kommen kann.

Datum, Unterschrift des Patienten: \_\_\_\_\_