ZAHNARZTPRAXIS STÖCKEL

ANAMNESEBOGEN

VOM ARZT AUSZUFÜLLEN:

DOKUMENTATION ZUM PATIENTENGESPRÄCH

Sehr geehrte Patienten!
Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Gern möchten wir kompetent und zuverlässig für Sie da sein. Eine möglichst vollständige Beantwortung der Fragen ist daher in Ihrem Interesse.
Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des geltenden Datenschutzes. Sie werden streng vertraulich behandelt und dienen ausschließlich dazu, die erforderliche Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.
Bitte kreuzen Sie das zutreffende Kästchen deutlich an.

☒

Vielen Dank für Ihre Mitwirkung!

PATIENT
Name, Vorname
Adresse
Geburtsdatum
Geburtsort
Telefon
Handy
E-Mail*
Beruf*
Arbeitgeber, Ort*

VERSICHERTER
Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?
Name, Vorname
Geburtsdatum Mädchenname
Versicherung
Krankenkasse
☐ Gesetzliche Versicherung
☐ Private Versicherung
☐ Zusatzversicherung

* freiwillige Angaben

Herz-/Kreislauferkrankungen		
Hoher Blutdruck	☐ ja	☐ nein
Niedriger Blutdruck	☐ ja	☐ nein
Herzklappenfehler	☐ ja	☐ nein
Herzklappenersatz	☐ ja	☐ nein
Herzschrittmacher	☐ ja	☐ nein
Endokarditis	☐ ja	☐ nein
Anginapectoris	☐ ja	☐ nein
Herzoperation	☐ ja	☐ nein
Immunsupprimierte Patienten		
Hochgradige Neutropenie	☐ ja	☐ nein
Mukoviszidose-Erkrankung	☐ ja	☐ nein
Organtransplantiert	☐ ja	☐ nein
Stammzellentransplantiert	☐ ja	☐ nein
Infektiöse Erkrankungen		
HIV/AIDS:	☐ ja	☐ nein
Lebererkrankung/Hepatitis:	☐ ja	☐ nein
Tuberkulose:	☐ ja	☐ nein
MRSA	☐ ja	☐ nein
Creutzfeld-Jakob-Krankheit	☐ ja	☐ nein
Röntgen		
Wurden bei Ihnen zahnärztliche Röntgenaufnahmen angefertigt?	☐ ja	☐ nein
Wenn ja, in welchem Monat/Jahr?		
Einnahme von Medikamenten		
Nehmen Sie Bisphosphonate?	☐ ja	☐ nein
Wenn ja, seit:		
Nehmen Sie Blutverdünner?	☐ ja	☐ nein
Wenn ja, welche:		
Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie?	☐ ja	☐ nein
Nehmen Sie hoch dosierte Steroide/Immunsuppressiva?	☐ ja	☐ nein
Welche Medikamente nehmen Sie noch ein?		

Abhängigkeiten		
Raucher	☐ ja	☐ nein
Drogenabhängigkeit	☐ ja	☐ nein
Alkoholabhängigkeit	☐ ja	☐ nein
Sonstige Abhängigkeiten:	☐ ja	☐ nein
Sonstige Krankheitsbilder		
Blutgerinnungsstörungen:	☐ ja	☐ nein
Diabetes/Zuckerkrankheit:	☐ ja	☐ nein
Asthma/Lungenerkrankung:	☐ ja	☐ nein
Nervenerkrankung:	☐ ja	☐ nein
Nierenerkrankungen:	☐ ja	☐ nein
Ohnmachtsanfälle	☐ ja	☐ nein
Osteoporose Erkrankung	☐ ja	☐ nein
Anfallsleiden (Epilepsie)	☐ ja	☐ nein
Rheuma/Arthritis	☐ ja	☐ nein
Schilddrüsenerkrankung	☐ ja	☐ nein
Strahlentherapie/Krebserkrankung? Wenn ja, wann?	☐ ja	☐ nein
Sonstige Erkrankungen, wenn ja, welche?	☐ ja	☐ nein
Besteht eine Schwangerschaft?	☐ ja	☐ nein
Wenn ja, in welchem Monat?		
Allergien bzw. Unverträglichkeiten		
Lokalanästhesie/Spritzen, welche:	☐ ja	☐ nein
Schmerzmittel, welche:	☐ ja	☐ nein
Metalle, welche:	☐ ja	☐ nein
Antibiotika, welche:	☐ ja	☐ nein
Andere Stoffe, wenn ja welche:	☐ ja	☐ nein
Allergiepass vorhanden?	☐ ja	☐ nein
Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt?	☐ ja	☐ nein

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen, falls erforderlich.

..... , den ..... Unterschrift: .....

(Ort) (Datum)