Anamnesebogen

Patient Herr/Frau Name_____ Vorname_____Geb._____

Mitglied/Versicherter Name_____ Vorname_____ Geb._____

Anschrift: Straße_____ Ort:_____

Tel.:_____ E-Mail_____

Handy Nr.: _____

Beruf _____Arbeitgeber_____

Name der Krankenkasse _____
Beihilfeberechtigt ? ja O nein O zusätzlich versichert O freiwillig versichert O
Name/Anschrift des Hausarztes_____

Allgemeine Situation:

Allergien (z.B. Penicillin, Metalle)	ja O nein O
Wenn ja, welche_____	
Blutdruck	niedrig O normal O hoch O
Herzerkrankungen / Herzrhythmusstörungen	ja O nein O
Nehmen Sie Blutverdünner (Marcumar, ASS, Xarelto)?	ja O nein O
Infektionskrankheiten (Hepatitis, TBC, HIV)	ja O nein O
Diabetes (Zuckerkrankheit)	ja O nein O
Schilddrüsenerkrankungen	ja O nein O
Nehmen Sie z. Zt. Medikamente ein?	ja O nein O
Wenn, ja welche? _____	
Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel / Tag? _____	ja O nein O
Sonstige Erkrankungen? _____	

Zahn-Mund-Situation

Zahnfleischbluten / Zahnfleischrückgang	ja O nein O
Geräusche im Kiefergelenk	ja O nein O
Schmerzen am Kopf oder Nacken	ja O nein O
Sind Sie mit der Stellung/Farbe/Form zufrieden?	ja O nein O
Wann wurden Sie zuletzt an den Zähnen geröntgt?	Vor _____ Monaten
Besteht eine Schwangerschaft?	Ja_____ (Woche) Nein O Ungewiss O

Empfohlen / Überwiesen durch: _____

Wir möchten darauf hinweisen, dass die Fahrtauglichkeit nach einer lokalen Betäubung eingeschränkt ist, und bitten Sie, uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes unverzüglich mitzuteilen.
Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis wohl fühlen und stehen Ihnen bei Fragen gerne zur Verfügung.

_____
Datum Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter)