

## Anamnesebogen

**Bitte vor der Behandlung ausfüllen und an der Anmeldung abgeben**



**Patient/in** .....

Name ..... Vorname ..... geb. am .....

**Mitglied** .....

Name ..... Vorname ..... geb. am .....

**Anschrift** .....

Straße ..... Nr. .... Telefon .....

.....

Postleitzahl ..... Ort .....

**Krankenkasse** ..... E-Mail Adresse: .....

pflichtversichert       freiwillig versichert       Basistarif       beihilfeberechtigt

**Tagsüber zu erreichen (Arbeitgeber) unter:** .....

### Gesundheitsfragen

Leiden oder litten sie an Erkrankungen folgender Organe?

#### Herz

ja	nein	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zustand nach Infarkt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzinsuffizienz
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muskelentzündung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verengung der Herzkranzgefäße
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rhythmusstörungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bypass Operation
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzklappenersatz
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schrittmacher

#### Kreislauf

ja	nein	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	niedriger Blutdruck
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angina pectoris
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Durchblutungsstörungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schlaganfall

#### Erkrankungen d. blutb. Systems

ja	nein	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutarmut
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bluter

#### Augen

ja	nein	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grüner Star
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grauer Star

#### Blasen./Nieren

ja	nein	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blasenerkrankung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nierenerkrankung

#### Leber

ja	nein	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gelbsucht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis ( A / B / C ) .....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dialyse

#### Bewegungsapparat

ja	nein	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rheuma
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arthrose/ Gicht

#### Nervensystem

ja	nein	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	epileptische Anfälle
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kopfschmerzen/Migräne

#### Stoffwechsel

ja	nein	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenunterfunktion
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenüberfunktion

#### Leiden o. litten sie an folgenden Erkrankungen

ja	nein	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hautkrankheiten
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV / Aids / Tuberkulose
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumorerkrankungen

Wer ist der behandelnde Hausarzt? .....

Tel.Nr. ....

**Bitte auch die Rückseite ausfüllen =>**

## Anamnesebogen

**Bitte vor der Behandlung ausfüllen und an der Anmeldung abgeben**



### Sonstige medizinische wichtige Informationen:

- | <b>ja</b>                | <b>nein</b>              |   |  |
|--------------------------|--------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Haben sie eine andere hier nicht aufgeführte Erkrankung?<br>Wenn ja, welche?                        | .....  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nehmen sie regelmäßig Medikamente ein?<br>Wenn ja, welche?  | .....<br>.....   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?<br>Wenn ja, welche?                                     |  |
|                          |                          | <input type="checkbox"/> Marcumar <input type="checkbox"/> Aspirin <input type="checkbox"/> ASS 100 |  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nehmen sie regelmäßig Bisphosphonate ein?   |  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Leiden Sie unter der Creutzfeld-Jakob-Krankheit?  |  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Leiden Sie unter Osteoporose?   |  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sind sie allergisch gegen bestimmte Stoffe oder Medikamente?<br>Wenn ja, welche?                    | .....  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Besitzen sie einen Allergiepass?  |  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Besitzen sie einen Endokarditis Pass?   |  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sind sie zurzeit schwanger?<br>Wenn ja, in welchem Monat?   | .....  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sind Sie Raucher?<br>Wenn ja, wie viel ?  | <input type="checkbox"/> 0 – 10 Zigaretten <input type="checkbox"/> über 10 Zigaretten/Tag |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Konsumieren Sie Drogen?<br>Wenn ja, welche?   | .....  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol?<br>Wenn ja, wie viel?   | .....  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Traten o. treten Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf?<br>Wenn ja, welche?               | .....  |

Wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung der Zähne? .....

- | <b>ja</b>                | <b>nein</b>              |   |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Möchten Sie von uns an Ihren halb- / jährlichen Kontrolltermin erinnert werden? <input type="checkbox"/> per Brief <input type="checkbox"/> per Email |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sind Sie interessiert an einer Prophylaxe Behandlung oder professionellen Zahnreinigung?  |

### Weitere Fragen

Möchten Sie für Backenzahnfüllungen das quecksilberhaltige Füllungsmaterial Amalgam?

- Nein, auf keinen Fall       eventuell, wenn es sinnvoll ist       Ja, immer wenn es möglich ist

Wünschen Sie an Backenzähnen eine zahnfarbene Füllungs- oder Kronenversorgung?

- Ja, in jedem Fall       das entscheide ich, wenn es soweit ist       Nein, dies ist mir nicht so wichtig

Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, besprechen Sie diese mit uns vor der Behandlung.  
Diese Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Clausthal-Zellerfeld, den .....

Unterschrift .....