Ilona Ullmann
Zahnärztin

ANAMNESEBOGEN

Hauptstraße 120
52499 Baesweiler
Tel.: 02401-51084

Liebe Patientin, lieber Patient !

Krankheiten und Medikamente können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deshalb erbitten wir von Ihnen einige Angaben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden nur streng vertraulich für praxisinterne Zwecke verwendet.

!!! Bitte füllen Sie Alles aus und teilen Sie uns Änderungen schnellstmöglich mit !!!

!!! Alle Antwortkästchen bitte mit Ja oder Nein markieren !!!

Name: ..... Vorname: ..... Geburtsdatum: .....

Straße / Hausnummer: ..... PLZ / Ort: .....

Mobil: ..... Festnetz: ..... E-Mail: .....

Wem dürfen wir Auskunft erteilen ? .....

Krankenkasse: ..... Beruf: .....

☐ Gesetzlich ☐ Zahnzusatzversicherung ☐ Privat ☐ Beihilfeberechtigt ☐ Basistarif

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, über wen sind Sie versichert ?

Name: ..... Vorname: ..... Geburtsdatum: .....

Behandelnder Hausarzt: ..... Ort:: .....

Behandelnder Zahnarzt: (Durchreise / Notdienst) ..... Ort:: .....

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein ? (ggf. Rückseite benutzen / Medikamentenplan)

.....

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente wie: ☐ **ASS 100** ☐ **Marcumar** ☐ **Eliquis** ☐ **Xarelto**

Haben Sie Allergien oder reagieren Sie auf bestimmte Medikamente überempfindlich ? ☐ Ja ☐ Nein

z.B. ☐ Nickel ☐ Penicillin ☐ Jod ☐ Sonstige ..... Allergiepass vorhanden ? ☐ Ja ☐ Nein

Herzerkrankung ☐ Ja ☐ Nein ☐ Herzrhythmusstörungen ☐ Angina Pectoris ☐ Herzfehler
☐ Herzschrittmacher / Jahr ..... ☐ Bypass / Jahr .....
☐ Künstliche Herzklappe / Jahr ..... ☐ Herzinfarkt / Jahr .....

Osteoporose ☐ Ja ☐ Nein ☐ **Bisphosphonate** (Knochenstärkungsmittel)

Nierenerkrankung ☐ Ja ☐ Nein ☐ Dialyse ☐ Chronische Niereninsuffizenz

Hepatitis ☐ Ja ☐ Nein ☐ A ☐ B ☐ C

Infektionskrankheiten ☐ Ja ☐ Nein ☐ HIV ☐ AIDS ☐ Tbc ☐ Gelbsucht

Glaukom / Grüner Star ☐ Ja ☐ Nein

Hoher Blutdruck ☐ Ja ☐ Nein

Niedriger Blutdruck ☐ Ja ☐ Nein

Blutgerinnungsstörung ☐ Ja ☐ Nein

Bluterkrankung ☐ Ja ☐ Nein

Schlaganfall / Jahr ..... ☐ Ja ☐ Nein

Tumorerkrankung ☐ Ja ☐ Nein

Schwangerschaft ☐ Ja ☐ Nein SSW:

Diabetes (Zuckerkrankheit) ☐ Ja ☐ Nein

Rheuma ☐ Ja ☐ Nein

Atemwegserkrankung ☐ Ja ☐ Nein

Schilddrüsenerkrankung ☐ Ja ☐ Nein

Magen-Darm-Erkrankung ☐ Ja ☐ Nein

Epilepsie ☐ Ja ☐ Nein

Ohnmachtsneigung ☐ Ja ☐ Nein

Frühere Operationen ☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie Angst vor dem Zahnarztbesuch ? ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, was fürchten Sie ? .....

Gab es schon einmal Komplikationen bei einer zahnärztlichen Behandlung ? ☐ Ja ☐ Nein .....

Grund des Zahnarztbesuches ☐ Kontrolluntersuchung ☐ Schmerzbehandlung ☐ Kiefergelenkbeschwerden

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden ? .....

Terminerinnerung: Möchten Sie per ☐ SMS / ☐ E-Mail an Ihren Termin erinnert werden ? ☐ Ja ☐ Nein

Recall-Service: Möchten Sie von uns in regelmäßigen Abständen zur Vorsorgeuntersuchung angeschrieben werden ?
☐ Ja ☐ Brief ☐ SMS ☐ E-Mail ☐ Nein

....
DATUM **UNTERSCHRIFT**