



Allgemeine Anamnese

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

versichert über: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Handy: _____

Beruf: _____

Krankenkasse: gesetzlich
 privat → Basis Volltarif
 Beihilfe vollberechtigt Standard

Liebe Patientin, lieber Patient,

Krankheiten oder Medikamente aller Art können Auswirkungen auf Ihre Behandlung haben. Daher bitten wir Sie, diesen Fragebogen sorgfältig auszufüllen, damit wir Ihnen eine an Ihren Gesundheitszustand angepasste Versorgung bieten können. Wenn Sie dies wünschen, helfen wir Ihnen gerne bei der Beantwortung einzelner Fragen. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

	ja	nein
Waren Sie innerhalb der letzten zwei Jahre im Krankenhaus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche? _____		

Neigen Sie zu allergischen Reaktionen oder Unverträglichkeiten (z.B. Medikamente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche: _____		
Besitzen Sie einen Allergiepass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie eine Penicillin-, Jod-, Latexallergie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche? (Falls nicht unten aufgeführt) _____		
• Angeborener oder erworbener Herzfehler?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Herzklappenfehler oder Herzklappenprothese?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Angina pectoris?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Herzoperationen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Haben Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wer ist Ihr behandelnder Kardiologe? _____		
Besteht der Verdacht auf eine Infektionskrankheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden oder litten Sie an nachfolgenden Krankheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Infektionskrankheit (z.B. Tuberkulose, Hepatitis, Aids)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(bitte Rückseite beachten!)

	ja	nein
• Lebererkrankungen?	[]	[]
• Zu hoher / zu niedriger Blutdruck?	[]	[]
• Schlaganfall?	[]	[]
• Nierenerkrankungen?	[]	[]
• Diabetes?	[]	[]
• Magen-Darmerkrankungen?	[]	[]
• Augenerkrankung?	[]	[]
• Schilddrüsenerkrankungen?	[]	[]
• Rheumatismus / rheumatisches Fieber?	[]	[]
• Asthma / Lungenerkrankungen?	[]	[]
• Blutkrankheiten / Blutgerinnungsstörungen?	[]	[]
• psychische Erkrankung?	[]	[]
• Anfallsleiden (Epilepsie)?	[]	[]
• Sonstige: _____		
Sind Sie im letzten Jahr operiert worden?	[]	[]
Wenn ja, in welchem Körperbereich? _____		
Haben / hatten Sie Verletzungen im Kiefer-/Gesichtsbereich?	[]	[]
Wird / wurde bei Ihnen eine Bisphosphonat-Therapie durchgeführt?	[]	[]
Sind Sie im Kopfbereich bestrahlt worden?	[]	[]
Haben Sie die Spritze beim Zahnarzt bisher gut vertragen?	[]	[]
Traten bei vorangegangenen Behandlungen Nachblutungen auf?	[]	[]
Wann sind Sie das letzte Mal im Kopfbereich geröntgt worden? _____		
Name und Anschrift des Hausarztes: _____		
Welches Hauptanliegen führt Sie heute zu uns? _____		
Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch? _____		
Wann war Ihre letzte Zahnreinigung (PZR)? _____		
Benutzen Sie Hilfsmittel für die Zwischenraumhygiene? Wenn ja, welche? _____		
Haben Sie Zahnfleischbluten beim Zähneputzen festgestellt?	[]	[]
Knirschen Sie mit den Zähnen?	[]	[]
Sind Sie zufrieden mit Ihrer Zahnfarbe?	[]	[]
Bei Frauen: besteht eine Schwangerschaft?	Ja []	Nein []
Wenn ja, welcher Monat? _____		Vielleicht []

Änderungen zu meinen Behandlungsdaten werde ich Ihnen stets mitteilen. Ich berechtige Sie hiermit, meine ggf. auf EDV gespeicherten Behandlungsdaten zur Weiterbehandlung einem evtl. Praxiskollegen zu übergeben.

[] Ich möchte ins Recallsystem (automatische Erinnerung an Ihren nächsten Kontrolltermin) aufgenommen werden.

[] Ich wünsche Informationen über eine mögliche Sedierung (Lachgas).

Saarbrücken, _____

(Datum)

(Unterschrift)