



## ANAMNESE - BOGEN

Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen möchten wir Sie um die Beantwortung der folgenden Fragen bitten. Nehmen Sie sich dafür ausreichend Zeit und schreiben Sie in Druckbuchstaben. Bitte beachten Sie, daß diese Angaben der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen und zu Ihrer eigenen Sicherheit dienen.

Name / Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-Dat.: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Basistarif (Privatvers.): \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon privat / Handy: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ beruflich \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Hauszahnarzt: \_\_\_\_\_ Hausarzt: \_\_\_\_\_

### **Anamnese (Bitte bei jeder Frage ein Kreuz setzen!)**

Sind Sie in ärztlicher Behandlung?  Nein  Ja

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  Nein  Ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Besteht eine Überempfindlichkeit (Allergie) gegen Medikamente, Materialien o.a.?  Nein  Ja

Wenn ja, gegen welche? \_\_\_\_\_

Rauchen Sie, wenn ja wieviel pro Tag? \_\_\_\_\_ Trinken Sie regelmäßig Alkohol, wenn ja wieviel pro Tag? \_\_\_\_\_

Besteht z.Z. eine Schwangerschaft?  Nein  Ja, welcher Monat? \_\_\_\_\_

### **Leiden Sie an:**

Herzkrankungen (z.B. Endokarditis, Angina pectoris, Herzklappenersatz)?  Nein  Ja

Kreislaufkrankungen wie z.B. Hoher \_\_\_\_\_ oder niedriger \_\_\_\_\_ Blutdruck?  Nein  Ja

Erhöhter Blutungsneigung (z.B. nach Zahnentfernungen, Operationen)?  Nein  Ja

Lebererkrankungen (Hepatitis oder Gelbsucht)?  Nein  Ja

Infektionskrankheiten (z.B. HIV, AIDS, Tuberkulose, Hepatitis)?  Nein  Ja

Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)?  Nein  Ja

Augenerkrankungen (z.B. grauer Star, grüner Star, Glaukom)?  Nein  Ja

Nierenerkrankungen (z.B. Steinleiden, Dialyse, Transplantation)?  Nein  Ja

Krampfanfällen (Epilepsie)?  Nein  Ja

Wenn eine Erkrankung vergessen wurde, an welcher leiden Sie außerdem? \_\_\_\_\_

Ich versichere hiermit, daß ich o.g. Angaben nach meinem bestem Wissen beantwortet habe.

Ich bestätige hiermit, dass ich bereits vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher telefonisch absagen muß (Bestellpraxis). Ich weiß, dass ich mich ansonsten im Annahmeverzug befinde und mir die Kosten des Honorarausfalles lt. Urteil vom AG Wetzlar (AZ:32 C 1826/03) in Rechnung gestellt werden können.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten oder des gesetzlichen Vertreters