



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