

# A n a m n e s e b o g e n

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

## Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

für eine risikofreie Behandlung ist die gewissenhafte Beantwortung einiger Fragen zu ihrem allgemeinen Gesundheitszustand von besonderer Bedeutung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

### Patient:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.: \_\_\_\_\_

### Hauptversicherte/r:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort : \_\_\_\_\_

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

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

E- mail: \_\_\_\_\_

Versicherung: \_\_\_\_\_

Gesetzlich  freiwillig  privat  PKV-Standardtarif  Beihilfe

### Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Lage der Praxis  Internet  auf Empfehlung von  \_\_\_\_\_ sonstiges  \_\_\_\_\_

### „Wünschen Sie eine Erinnerung an Ihre nächste Kontrolluntersuchung per?“

E-Mail:  \_\_\_\_\_ SMS:  \_\_\_\_\_ Keine:

### Zutreffendes bitte ankreuzen: bzw. unterstreichen:

Bluthochdruck (Hypertonie)  Tuberkulose

Bypass/Stent/Herzschrittmacher  Nierenfunktionsstörung

Blutgerinnungsstörung (z.B. Hämophilie)  Magen-Darm-Erkrankung

Immunschwäche (HIV/AIDS)  Einnahme von Bisphosphonaten

Lebererkrankung (Gelbsucht, Hepatitis A,B,C)  sonstige Erkrankungen/Infektionen

Lungenerkrankung (Asthma, COPD)  Schwangerschaft (ja/vielleicht)

Tumorerkrankung  Schilddrüsenerkrankung

Diabetes (Zuckerkrankheit)  Anfallsleiden (Epilepsie)

Herz-/Kreislaufkrankungen  Rauchen Sie? (wie viele pro Tag: \_\_\_\_\_)

Allergien/ Unverträglichkeit, wenn ja welche?  \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente (z.B. Marcumar, Clopidogrel(Plavix), ASS) ein?  
welche? \_\_\_\_\_

Gab/ Gibt es Komplikationen bei der zahnärztlichen Behandlung (wenn ja, welche?)  ja  nein

Haben Sie besonders Angst vor bestimmten Behandlungsmaßnahmen?

Fand eine Röntgenuntersuchung innerhalb der letzten 6 Monate statt?  ja  nein

### Röntgeneinverständnis:

Für den Fall, das eine röntgenologische Untersuchung laut Unterweisung bei meinem Kind durchgeführt werden muss, erkläre ich mich hiermit einverstanden. Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Wir bitten Sie, die Termine pünktlich einzuhalten. Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, teilen Sie uns dieses bitte 24 Stunden vorher mit. Andernfalls berechnen wir das übliche Ausfallshonorar. Danke für Ihr Verständnis.

Ort/Datum :

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r :