

Anamnesebogen

Name/Vorname _____ Geburtstag _____

Straße / Nr. _____ Postleitzahl / Ort _____

Tel. privat _____ Tel. mobil _____

E-Mail _____ Beruf _____

Krankenkasse _____

Versicherungsart

- Gesetzlich privat Beihilfeberechtigt
 Zusatzversichert privat Basistarif

Sind Sie selbst ein Krankenkassenmitglied?

- Ja
 Nein, ich bin versichert über: Name, Vorname _____
Anschrift _____

Ihr Hausarzt

Name _____ Telefon _____

Anschrift _____

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Empfehlung Internet ich bin hier Stammpatient

Möchten Sie von uns an die halbjährlichen Kontrolltermine erinnert werden? ja nein

Was führt Sie zu uns?

- Schmerzbehandlung Routinekontrolle Zahnarztwechsel
 Beratung zweite Meinung

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

- Blutverdünner (ASS, Marcumar, Xarelto) Knochenmedikamente (gegen Osteoporose)
 Herzmedikamente Cortison
 Krebs-/Tumormedikamente gegen Depressionen
 andere Medikamente: _____

bitte wenden

Sind bei Ihnen Allergien / Unverträglichkeiten bekannt

Nein ja, gegen:

- Medikamente welche: _____
 Spritzen (nach zahnärztlichen Behandlungen)
 Sonstiges _____

Besitzen Sie einen Allergiepass ja nein
Rauchen Sie ja nein
Konsumieren Sie Alkohol / Drogen ja nein

Zu Ihren Erkrankungen bzw. Vorerkrankungen

Herzmuskelentzündung ja nein
Herzrhythmusstörungen ja nein
Künstliche Herzklappe ja nein
Herzschriltmacher ja nein
Niedriger Blutdruck ja nein
Hoher Blutdruck ja nein
Starke Blutungsneigung ja nein
Bluterkrankungen ja nein
Grauer Star ja nein
Grüner Star ja nein
Asthma ja nein
Magen-Darm-Erkrankungen ja nein
Nierenerkrankungen ja nein
Dialyse ja nein
Infektionskrankheiten
z.B. HIV, AIDS, Tuberkulose ja nein
Epilepsie ja nein
Diabetes ja nein
Schilddrüsenerkrankungen ja nein
Tumorerkrankung ja nein
Osteoporose ja nein

leiden Sie unter Zähneknirschen? nein ja

leiden Sie unter Verspannungen im Kopf- und Nackenbereich? nein ja

leiden Sie unter Ohrensausen / Tinnitus? nein ja

besteht die Möglichkeit einer **Schwangerschaft**? nein ja, _____ Monat

Haben Sie einen gesetzlichen Betreuer?

nein ja Name, Telefon _____

Wir machen Sie hiermit aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann und zwar sowohl durch die Behandlung an sich, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit der Behandlung von Herrn Pankratz einverstanden

Datum _____ Unterschrift _____