

Anamnesebogen

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Ich bin familienversichert über:

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Adresse _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir freuen uns sehr, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Bevor wir uns in Ruhe mit Ihrem Anliegen befassen, möchten wir Sie kurz um das Ausfüllen des folgenden Anamnesebogens bitten. Dieser dient uns zur Einschätzung Ihres allgemeinen Gesundheitszustands.

Warum?

Bestimmte Allgemeinerkrankungen und Medikamente können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Je gewissenhafter Sie diesen Bogen ausfüllen, desto eher können wir eventuelle gesundheitliche Risiken durch die Behandlung im Vorfeld minimieren. Bei Unklarheiten wenden Sie sich bitte an unser freundliches Praxisteam. Ihre Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Herz-Kreislaufkrankungen

Haben oder hatten Sie ...	Ja	Nein	Bemerkung
Bluthochdruck (Hypertonie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Niedriger Blutdruck (Hypotonie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herzklappenerkrankung/-defekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herzfehler erworben/ angeboren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herzinfarkt (wenn ja, wann?)/KHK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Angina Pectoris (Brustenge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herzschrittmacher/Defibrillator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Endokarditis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
andere Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Angeborene/erworbene Blutungsneigung

Haben Sie eine angeborene Blutungsneigung (z.B. Hämophilie, Thrombozytopenie, von-Willebrand-Jürgens-Syndrom)?

Ja Nein Bemerkung _____

Nehmen sie regelmäßig gerinnungs-
hemmende Medikamente ein?

	Ja	Nein	Bemerkung
Marcumar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
ASS (Aspirin) 100	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Plavix	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Xarelto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Pradaxa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Heparin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Stoffwechselerkrankungen

Haben oder hatten Sie...	Ja	Nein	Bemerkung
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes (Zucker)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Magen-Darm-Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Osteoporose (Knochenschwund)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sonstige Stoffwechselerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Infektionserkrankungen

Haben oder hatten Sie...	Ja	Nein	Bemerkung
HIV/Aids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hepatitis B (Gelbsucht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hepatitis C (Gelbsucht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tuberkulose (Schwindsucht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
andere Infektionserkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Sonstige Erkrankungen

Haben oder hatten Sie ...	Ja	Nein	Bemerkung
Engwinkelglaukom (Grüner Star)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Asthma Bronchiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Leukämie (Blutkrebs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tumorerkrankung (Krebs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Epilepsie (Anfallsleiden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Andere Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Allergien/Unverträglichkeiten	Ja	Nein	Bemerkung
Latex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Konservierungsstoffe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Sind Sie allergisch gegen Penicillin oder andere Antibiotika?

Ja, Penicillin Nein andere Bemerkung _____

Haben Sie einen Allergiepass?

Ja Nein

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Nehmen Sie derzeit oder nahmen Sie in den letzten Jahren Medikamente (oder Infusionen) zum Erhalt des Knochens (Bisphosphonate) ein? Dies ist insbesondere bei Osteoporose und Tumorleiden (Krebs) der Fall.

Ja Nein Bemerkung _____

Haben Sie eine Gelenk- oder Endoprothese (Hüfte, Knie, Bandscheibe etc.)?

Ja Nein wenn ja, seit wann _____

Wie gut haben Sie bisher Betäubungsspritzen vertragen?

gut mäßig schlecht Bemerkung _____

Rauchen Sie?

Ja Nein wenn ja, wie oft? gelegentlich 1-9 Zigaretten/Tag 10-20 Zigaretten/Tag

Für unsere Patientinnen: Sind Sie schwanger?

Ja Nein wenn ja, seit wann _____

Stillen Sie?

Ja Nein

Wie heißt Ihr Hausarzt? _____

Wie heißt Ihr bisheriger Zahnarzt? _____

Bitte bewerten Sie Ihre Angst vor der zahnärztlichen Behandlung (1 = keine Angst, 10 = sehr große Angst)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann. Dies kann sowohl durch die Behandlung selbst (z.B. Stress), als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten hervorgerufen werden.

Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi, das Sie sicher nach Hause bringt.

Ich erkläre, die obigen Angaben nach bestem Wissen und Gewissen wahr und richtig beantwortet zu haben. Außerdem habe ich die Aufklärung zur Verkehrstüchtigkeit nach einer zahnärztlichen Behandlung zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum, Uhrzeit

Unterschrift Patient/in
(bei Minderjährigen eines
Erziehungsberechtigten)

Unterschrift Zahnarzt