

Stammpatienten: Bitte vor der Behandlung ausfüllen und bei der Anmeldung abgeben.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

auch im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung ist es wichtig,
über Ihren Gesundheitszustand bestmöglich informiert zu sein.

Wir möchten Sie um einige Angaben bitten.

Sollten Sie regelmäßig Medikamente einnehmen sind wir für die
Überlassung einer Medikamentenliste dankbar.

Leiden Sie derzeit oder litten Sie jemals an einer der
folgenden Erkrankungen? Bitte kreuzen Sie Nein oder
die entsprechenden Felder an.

.....
Patientenname, Vorname

.....
Geburtsdatum

.....
Patienten-Nr. (wird von der Praxis ausgefüllt)

Herz/Kreislauf: Nein ☐

- ☐ Angeborener Herzfehler
- ☐ Herzinfarkt
- ☐ Herzmuskelentzündung/
Myokarditis
- ☐ Herzklappenentzündung/
Endokarditis
- ☐ Herzklappendefekt/
Fehlfunktion
- ☐ Herzklappenersatz
- ☐ Hoher Blutdruck
- ☐ Niedriger Blutdruck
- ☐ Herzrhythmusstörungen
- ☐ Herzschrittmacher
- ☐ Defibrillator-
Herzschrittmacher

**Besitzen Sie einen Herz-
oder Gerinnungspass?**

- ☐ Ja ☐ Nein

Gefäße: Nein ☐

- ☐ Schlaganfall
- ☐ Thrombosen

Blut: Nein ☐

- ☐ Gerinnungsstörungen
- ☐ Nachbluten nach
Operationen

Lunge/Atemwege: Nein ☐

- ☐ Asthma
- ☐ Tuberkulose
- ☐ Chronische Bronchitis

Nieren: Nein ☐

- ☐ Niereninsuffizienz
- ☐ Nierenentzündung
- ☐ Dialysepflicht

Skelettsystem: Nein ☐

- ☐ Osteoporose
- ☐ Rheumatische
Erkrankungen
- ☐ Behandlung mit
Bisphosphonat

Augen: Nein ☐

- ☐ Grüner Star/Glaukom

Stoffwechsel: Nein ☐

- ☐ Diabetes mellitus Typ I
- ☐ Diabetes mellitus Typ II

Allergie: Nein ☐

- ☐ Nahrungsmittel
- ☐ auf Medikamente:

.....
.....
.....

- ☐ Jod
- ☐ Latex
- ☐ Konservierungsstoffe
- ☐ Lokalanästhetika
- ☐ Heuschnupfen

Nerven/Gemüt: Nein ☐

- ☐ Krampfanfälle/Epilepsie
- ☐ Depressionen

Immunsystem: Nein ☐

- ☐ Immunsuppression (nach
Organtransplantation)
- ☐ Einnahme von Cortison
- ☐ Leukämie
- ☐ HIV Infektion/AIDS
- ☐ Hepatitis A (Gelbsucht)
- ☐ Hepatitis B
- ☐ Hepatitis C

Rauchen Sie?

- ☐ Ja, wie viel _____ tgl.
- ☐ Nein

Alkoholkonsum:

- ☐ Gelegentlich
- ☐ Regelmäßig
- ☐ Nie

Schwangerschaft:

- ☐ Ja
- ☐ Unsicher
- ☐ Nein

**Medikamente/ Spritzen/
Infusionen:**

- ☐ Keine
- ☐ regelmäßig:

.....
.....
.....

- ☐ Einnahme von
Blutverdünnern, welche:

.....
.....
.....

**Andere Erkrankungen oder
Behinderungen:**

.....
.....
.....

X

.....
Datum/ Unterschrift Patient/Patientin



Stammpatienten: Bitte vor der Behandlung ausfüllen und bei der Anmeldung abgeben.

Patient: _____
Name Vorname geb. in

Anschrift: _____
Straße Telefon privat

Postleitzahl Ort

Email – Adresse

Handy

selbst versichert ☐

familienversichert ☐ über: _____
Name Vorname geb.

Krankenkasse: _____

Arbeitgeber: _____
Telefon beruflich

Besteht bei Ihnen ein Pflegegrad gemäß §15 SGB XI? (bitte Nachweis vorlegen) ☐ Ja

Erhalten Sie Eingliederungshilfen gemäß §53 SGB XII? (bitte Nachweis vorlegen) ☐ Ja

Mein **Hausarzt** ist: _____ Ort: _____

Einverständnis zur Erinnerung an die Vorsorgeuntersuchung (Recall)

Ich erteile Ihnen die jederzeit widerrufbare Erlaubnis, mich regelmäßig schriftlich auf eine fällige Vorsorgeuntersuchung hinzuweisen sofern noch kein Termin vereinbart wurde.

X

Datum

X

Unterschrift Patient/Patientin

E-Mail-Adresse

Diesem Anamnesebogen lag die Patienteninformation zur Erhebung personenbezogener Daten im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung bei und wurde zur Kenntnis genommen.

