Anamnesebogen

zahnarztpraxis
vakili
stahlhut
in bennigsen

Herzlich willkommen in unserer Praxis. Bevor wir uns in aller Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch einige Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand.

Persönliche Daten

Nachname | Vorname | geboren am

Straße | PLZ | Wohnort

Telefon | mobil

E-Mail-Adresse | Geburtsort

Krankenversicherung

selbst versichert ◯ ◯ versichert über:

Nachname | Vorname | geboren am

Anschrift, falls abweichend

Straße | PLZ | Wohnort

Haben Sie eine Zusatzversicherung? ja ◯ ◯ nein

Wenn Sie zum ersten Mal in unsere Praxis kommen: Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

◯ Internet ◯ Branchen-/Telefonbuch ◯ persönliche Empfehlung ◯ Sonstiges

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir Sie um die vollständige Beantwortung folgender Fragen:

zahnarztpraxis
vakili
stahlhut
in bennigsen

Haben oder hatten Sie jemals Erkrankungen an ...?

Herz	ja	○	○ nein	Leber	ja	○	○ nein
Atemwegen	ja	○	○ nein	Nieren	ja	○	○ nein

Haben oder hatten Sie jemals ...?

hohen Blutdruck	ja	○	○ nein	Epilepsie (Krampfleiden)	ja	○	○ nein
niedrigen Blutdruck	ja	○	○ nein	grünen Star (Glaukom)	ja	○	○ nein
Diabetes mellitus	ja	○	○ nein	Blutgerinnungs-störungen	ja	○	○ nein

Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, Tuberkulose, Lues) ja ○ ○ nein

Wenn ja, welche?

Allergien ja ○ ○ nein

Wenn ja, auf welche Materialien oder Medikamente reagieren Sie empfindlich?

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? ja ○ ○ nein

Haben Sie einen Herzschrittmacher? ja ○ ○ nein

zahnarztpraxis
vakili
stahlhut
in bennigsen

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

ja ◯ ◯ nein

Wenn ja, welche?

Nehmen Sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung stören
(z. B. Aspirin, Marcumar)?

ja ◯ ◯ nein

Wenn ja, welche?

Leiden Sie an einer Krankheit, die nicht aufgeführt ist?

ja ◯ ◯ nein

Wenn ja, an welcher?

Für weibliche Patienten: Besteht zurzeit eine Schwangerschaft?

ja ◯ ◯ nein

Wenn ja, in welchem Monat?

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Datum | Unterschrift

Für das erste und zweite Folgejahr: Ich bestätige, dass meine Angaben weiterhin gültig sind.
Änderungen im Dokument habe ich jeweils mit Datum und Unterschrift vorgenommen.

Datum | Unterschrift

Datum | Unterschrift