

## ANAMNESEBOGEN

### Patientin/Patient

Name: ..... Vorname: ..... Geb.: .....

### Versicherte/Versicherter

Name: ..... Vorname: ..... Geb.: .....

Straße, Nr.: ..... PLZ, Ort: .....

Tel. privat: ..... Mobil: .....

E-Mail: ..... Beruf: .....

Krankenkasse/Private Krankenversicherung: .....

gesetzlich
  freiwillig
  privat
  Basistarif
  beihilfeberechtigt
  private Zahnzusatzversicherung

### Hausärztin/Hausarzt

(Name, Adresse, Tel.): .....

### Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztlichen Behandlungen haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Dieser wird Ihrer Karteikarte beigelegt. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

### ZUTREFFENDES BITTE ANKREUZEN/UNTERSTREICHEN

#### Leiden/litten Sie an Erkrankungen der/des

- Herzens oder Kreislaufs
- Blutes (Blutarmut, Blutgerinnungsstörung)
- Leber (Gelbsucht)
- Lunge (Asthma)
- Nieren
- Schilddrüse
- Magen-Darm-Traktes
- Gelenke (Rheuma, rheumat. Fieber)
- Wirbelsäule
- Auges (grüner Star, Glaukom)

#### Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie

- angeborene/erworbene Herzfehler
- Herzklappenfehler  eine Herzklappenprothese
- Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)
- Herzoperationen
- Angina Pectoris
- einen Herzschrittmacher

#### Medikamente: Nehmen Sie regelmäßig

- Herzmedikamente  Schmerzmittel
- Antidepressiva  Kortison
- blutverdünnende Medikamente (Marcumar, ASS, Clopidogrel)
- Medikamente gegen Bluthochdruck
- Bisphosphonate (Aclasta, Fosamax) oder Denosumab (Prolia, Xgeva)
- andere Medikamente: .....

#### Haben oder hatten Sie

- hohen Blutdruck  niedrigen Blutdruck
- Zuckerkrankheit (Diabetes)
- ein Anfallsleiden (Epilepsie)
- eine Krebserkrankung
- Osteoporose
- künstliche Gelenke
- eine Immunschwäche (HIV/AIDS)
- Hepatitis des Typs  A  B  C
- Tuberkulose
- Migräne oder Kopf-/Nacken-/Rückenschmerzen
- Ohrensausen (Tinnitus)
- Depressionen  Angstzustände
- Allergien (Heuschnupfen)
- Medikamente oder Spritzen nicht vertragen
- Allergie gegen  Jod  Latex  Fluorid
- sonstige Erkrankungen: .....

#### Diverse Fragen

- Neigen Sie zu blauen Flecken?
- Neigen Sie zu Ohnmacht(en)?
- Fühlen Sie sich psychisch stark belastet?
- Rauchen Sie?
- Fühlt sich Ihr Mund manchmal trocken an?
- Sind/waren Sie drogenabhängig?

#### Für Patientinnen

- Sind Sie schwanger? (ja/vielleicht)  
Wenn ja, in welcher Woche? .....

Ort, Datum

Unterschrift