



## Anamnesebogen

Name, Vorname Patient:

Krankenkasse:

Anschrift, Telefon:

Email:

Selbst versichert:       Versichert über:  Ehemann  Ehefrau  Vater  Mutter

Name, Vorname, Geb.:

Beruf/ Arbeitgeber:

Geburtsort und Datum:

Hausarzt/ Anschrift/ Telefon:

Hauszahnarzt/ Anschrift/ Telefon:

Zahnzusatzversicherung:  ja  nein

Beihilfe:  ja  nein

### Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

zur Erleichterung unserer Arbeit und zur Verkürzung von Wartezeiten bitten wir Sie, die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand zu beantworten. Bitte unterschreiben Sie den Fragebogen und geben diesen unseren Mitarbeiterinnen zurück. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Leiden Sie unter...	Ja	Nein	
Zu hohem Blutdruck?			
Zu schwachem Kreislauf?			
Erkrankungen des Herzens?			
Herzrhythmusstörungen?			
Einer Schilddrüsenfunktionsstörung?			
Einer eingeschränkten Leberfunktion?			
Einer eingeschränkten Nierenfunktion?			
- Gehen Sie deswegen zu Dialyse?			

Haben Sie..	Ja	Nein	
Einen Herz(klappen)fehler oder eine künstliche Herzklappe?			
Einen Herzschrittmacher oder Defibrillator?			
Eine Herzverpflanzung hinter sich oder ist eine solche geplant?			
Besteht eine erhöhte Blutungsneigung?			
Wird Ihre Blutgerinnung medikamentös herabgesetzt?			
- Wenn ja durch das Medikament Marcumar oder ähnliche?			
- Oder durch ASS, Aspirin, Plavix, Xarelto, Eliquis oder ähnliche?			

Hatten Sie jemals...	Ja	Nein	Wenn Ja, wann:
Einen Herzinfarkt?			
Eine Entzündung von Herzmuskel oder Herzklappen?			
Einen Schlaganfall?			
Einen Gefäßverschluss (Thrombose oder Embolie)?			
Eine Tumorerkrankung?			
- Wurden Sie deswegen im Kopf-/Halsbereich bestrahlt?			
- Wurden Sie medikamentös (Chemotherapie) behandelt?			

**Bitte wenden!**

Dr. Christian Schmidt – Praxis für Zahnheilkunde und Oralchirurgie

Bahnhofstraße 24

48249 Dülmen

Tel: 02594 - 85584

www.zahnmedizin-duelmen.de

Email: info@zahnmedizin-duelmen.de



	Ja	Nein
Werden oder wurden Sie mit Medikamenten zur Verhinderung von Knochenabbau, z.B. Bisphosphonat (Zometa, Fosamax, Bonviva etc.) behandelt?		
Haben Sie hohen Blutzucker?		
- Wenn ja, spritzen Sie Insulin?		
- Oder werden Sie deswegen mit Tabletten und/oder Diät behandelt?		
Besteht bei Ihnen ein Anfallsleiden (Epilepsie)?		
Gab es schon einmal Probleme mit zahnärztlichen Betäubungsspritzen?		
Sind Überempfindlichkeitsreaktionen/ Allergien bekannt (z.B. Antibiotika, Schmerzmittel, Lokalanästhetika, Latex, Metalle, Pflaster)? - Wenn ja, notieren Sie bitte worauf Sie reagieren:		
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? - Wenn Ja, notieren Sie bitte Präparatenamen und Dosierung:		
Nehmen Sie immunsuppressive Medikamente ein wie Cortison, Methotrexat etc.?		
Besteht eine infektiöse Erkrankung (HIV, Hepatitis, Tuberkulose, MRSA)?		
Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel?		
Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Wenn ja, wieviel?		
Leiden Sie unter Kiefergelenksbeschwerden (z.B. Knacken, Reibegeräusche)?		
<b>Für Patientinnen:</b> Besteht zurzeit die Möglichkeit einer Schwangerschaft?		
Sind bei Ihnen bereits Röntgenaufnahmen der Kiefer- und Gesichtsregion gemacht worden? Wenn ja, wann?		
Gibt es noch andere als die hier erwähnten Erkrankungen?		
Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden (Internet, Zeitung, Empfehlung etc.)?		
Möchten Sie von uns an die zahnärztlichen Prophylaxeuntersuchungen/ professionelle Zahnreinigung per <input type="checkbox"/> Post <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Telefon erinnert werden?		

**Bitte teilen Sie uns Veränderungen, die während der Behandlungszeit auftreten, sofort mit.  
Herzlichen Dank, Ihr Team Dr. Schmidt!**

**Die Praxis behält sich vor, bei Nichteinhaltung von Terminen eine Ausfallrechnung zu erstellen!**

Dülmen, den

Datum

Unterschrift