

Zahnärztliche Anamnese

Für Ihre Krankenakte bitten wir um folgende Informationen, die der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz unterliegen und von uns streng vertraulich behandelt werden. Bitte teilen Sie unserer Praxis auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse und Ihres Versicherungsstatus mit.

Patient/-in: _____
(Herr/Frau/Kind) Name Vorname Geburtsdatum

Anschrift: _____
 Straße / Hausnr. PLZ/Ort

Kontaktdaten: _____
 Telefon/Mobil E-Mail

Wünschen Sie eine Terminerinnerung per SMS: ja nein

Versicherung: gesetzlich versichert privat versichert

Erziehungsberechtigter: _____
(bei Kindern) Name Vorname Geburtsdatum

 Straße/Hausnr. PLZ/Ort Telefon/Mobil

Haben oder hatten Sie folgende Krankheiten?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Bluterkrankungen | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> Nierenfunktionsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Krankenhauskeim MRSA | <input type="checkbox"/> Tumor/Karzinom/Krebs |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Leberkrankheiten | <input type="checkbox"/> Einnahme Bisphosphonate |
| <input type="checkbox"/> TBC | <input type="checkbox"/> Hepatitis A/B/C | |
| <input type="checkbox"/> HIV-Infektion | <input type="checkbox"/> Epilepsie | |

Bestehen Allergien? ja nein Wenn ja, welche? _____

Herzinfarkt ja nein Schlaganfall ja nein

Lähmungen ja nein

Nehmen Sie Blutverdünner? ja nein Wenn ja, welche? _____

Blutdruck: niedrig normal hoch

Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja nein

Haben Sie Stents? ja nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Rauchen Sie? ja nein

Bestehen Suchtkrankheiten? ja nein Wenn ja, welche? _____

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein ungewiss

Liegt / Lag eine Verletzung im Mund-, Kiefer- oder Gesichtsbereich vor? ja nein

Sonstige Angaben / Erkrankungen: _____

Liegt eine Pflegebedürftigkeit vor? ja nein Wenn ja, welcher Schweregrad? _____

Haben Sie ein Bonusheft? ja nein

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

Datum

Unterschrift Patient/-in oder Erziehungsberechtigte/r