

Anamnese

Patient (Name, Vorname)	Geb.	Versicherter (Name, Vorname)	Geb.
Anschrift (Strasse / Nr.)	Tel.-Nr./ Mobil	PLZ	Wohnort
Krankenkasse	E-Mail:	Beruf	Arbeitgeber
Bei wem dürfen wir uns für Ihr Interesse an unserer Praxis bedanken?		Hausarzt	

Ihre Daten unterliegen natürlich der ärztlichen Schweigepflicht. Sollten beim Ausfüllen Fragen entstehen, wenden Sie sich vertrauensvoll an unsere Mitarbeiter.

	Ja / Nein		Ja / Nein
1. Leiden Sie an Herz-, Kreislauf- oder Gefäßerkrankungen?	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>	14. Leiden Sie an Rheuma?	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>
2. Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>	15. Rauchen Sie, wenn ja wieviel? _____	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>
3. Leiden Sie an Asthma?	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>	16. Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Wenn ja, wie oft und wieviel? _____	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>
4. Besteht eine Blutgerinnungsstörung? Sind Nachblutungen bekannt?	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>	17. Nehmen Sie Drogen? Wenn ja, welche? _____	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>
5. Ist eine Hepatitis, HIV oder TBC-Infektion bekannt? Wenn ja, welche: _____	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>	18. Waren Sie in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung?	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>
6. Besteht ein Diabetes (Zuckerkrankheit)?	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>	19. Haben Sie Zahnfleischbluten?	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>
7. Besteht ein Grüner Star (Glaukom)?	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>	20. Beobachten Sie Zahnfleischrückgang?	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>
8. Sind Allergien bekannt? Wenn ja, welche: _____	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>	21. Schmerzen im Kopf- bzw. Nackenbereich?	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>
9. Sind Ohnmachtsanfälle oder Epilepsie bei Ihnen schon mal aufgetreten?	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>	22. Beobachten Sie nächtliches Knirschen?	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>
10. Sind Sie schwanger?	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>	23. Leiden Sie unter nächtlichen Atemaussetzern (Schlafapnoe)?	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>
11. Gibt es in Ihrer Vorgeschichte „böartige Erkrankungen“? Wenn ja, welche: _____	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>	24. Sind Sie in den letzten 6 Monaten im Kopf- bzw. Gesichtsbereich geröntgt worden?	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>
12. Bestehen psychische Erkrankungen?	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>		
13. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wann ja, welche: _____	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>		
		Zahnmedizinische Aspekte, über die Sie gerne aufgeklärt, bzw. beraten werden möchten: _____	

Bitte beachten Sie, dass nach Injektionen und örtlichen Betäubungen die Fahrtüchtigkeit und Reaktionsfähigkeit beeinträchtigt sein kann. Weiterhin kann es bei jeder Form der örtlichen Anästhesie zu Verletzungen der Nerven und zu Hämatomen kommen. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie Ihre Angaben und Ihr Wissen über zuvor aufgeführte Risiken. Wir bitten Sie, vereinbarte Termine einzuhalten oder rechtzeitig, bzw. 2 Tage vorher abzusagen. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine können in Rechnung gestellt werden (§615 BGB §287 ZPO). Da akute Krankheitsfälle nicht planbar sind, bitten wir um Verständnis, dass es auch mit einem Termin zu Wartezeiten kommen kann.

Datum, Unterschrift des Patienten: _____