



Anamnesebogen (bitte gut leserlich und sorgfältig ausfüllen)

Ihre Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng **vertraulich** behandelt.

Bei Änderungen Ihrer Dauermedikation oder des Gesundheitszustandes oder Schwangerschaft bitten wir Sie uns darüber in Kenntnis zu setzen, um Risiken und Komplikationen individuell berücksichtigen zu können.

Patient Herr / Frau

(Titel) Name Vorname Geb.

SVNr. Kasse Privatversicherung

Adresse Straße/Nr. PLZ/Ort

Falls **Mitversichert** bei

Name Vorname SVNr. +Geb.

Telefon

Mobil/Privat Email

Beruf/Arbeitgeber Hausarzt

Haben oder hatten Sie folgende **Krankheiten** (zutreffendes mit einem **X** markieren)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerz / Migräne | <input type="checkbox"/> Diabetes / Zuckerkrank | <input type="checkbox"/> Blutdruck |
| <input type="checkbox"/> Nachbluten nach OP | <input type="checkbox"/> Gerinnungsstörung | <input type="checkbox"/> Gelenkerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Immunschwäche/HIV/AIDS | <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Hepatitis A B C |
| <input type="checkbox"/> Asthma / Lungenerkrankung | <input type="checkbox"/> Grüner Star/Glaukom | <input type="checkbox"/> Tumor / Krebs |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie/ Krampfanfälle | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> |

Allergie Lokalanästhesie Medikamente Sonstige

Rauchen Ja **Zahnfleischprobleme** Ja **Kiefergelenksprobleme** (Knacken, Schmerz,...) Ja

Schwangerschaft/Stillen Ja (Schwanger welcher Monat?.....)

Wurde bei Ihnen eine **Strahlen-Chemotherapie** durchgeführt? Ja (wann?

Hatten / haben Sie Medikamente / Spritze für den Knochen / **Bisphosphonate**? Ja
(bei Osteoporose/Metastasen/multiples Myelom; Fosamax, Zometa, Actonel, Xgeva, Ibandronsäure usw.)

Nehmen Sie **Blutverdünnende Medikamente**? (zutreffendes bitte mit einem **X** markieren)

T-Ass/Aspirin Plavix Eliquis Xarelto Pradaxa Clopidogrel Sintrom Anderes.....

Welche Medikamente nehmen Sie?.....

Bei Wunsch einer Lokalbetäubung bei Füllungsbehandlung oder einem abgestorbenem Zahn ist dies mit einem Eigenkostenanteil möglich.

Können Sie einen vorgemerkten Termin nicht einhalten bitten wir Sie, dies mind. 24h früher bekanntzugeben. Bei längeren Behandlungsterminen kann durch kurzfristig abgesagte oder nicht eingehaltene Termine eine Ausfallgebühr in Höhe von bis zu 100€ anfallen.

Anfrage: Ich möchte allgemeine Informationen und Erinnerungen von der Praxis erhalten.

per **SMS** per **Email** **nicht** erwünscht

.....
Datum

.....
Unterschrift Patient(in)/ gesetzliche Vertreter(in)

Anamnese