

Anamnesebogen

Name, Vorname :

Anschrift :

geb. am:..... Geburtsort : Beruf:

Telefon (privat): Telefon (dienstlich):

E-Mail: Hauszahnarzt, Name:

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau! Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Herz-/ Kreislaufkrankungen:

Hoher Blutdruck ja nein

Herzklappenfehler/-ersatz ja nein

Herzschrittmacher ja nein

Endokarditis ja nein

Herzoperation ja nein

Tumor-Erkrankung ja nein

Magen-Darm-Erkrankung ja nein

Organtransplantiert ja nein

Sonstige Erkrankungen: ja nein

Welche:.....

.....

Infektiöse Erkrankungen:

HIV-Infektion, AIDS ja nein

Lebererkrankung/Hepatitis ja nein

Tuberkulose ja nein

Sonstige Infektionskrankheiten ja nein

Welche:

.....

.....

.....

Anfallsleiden (Epilepsie)

ja nein

Nervenerkrankung (z.B.Depression) ja nein

Asthma/Lungenerkrankungen ja nein

Blutgerinnungsstörungen

(Nachblutungen) ja nein

Diabetes/Zuckerkrankheit ja nein

Nierenerkrankungen ja nein

Osteoporoseerkrankung ja nein

Rheuma/Arthritis ja nein

Schilddrüsenerkrankung ja nein

Raucher ja nein

Allergien (bzw. Unverträglichkeiten):

gegebenenfalls Allergiepass

Lokalanästhesie ja nein

Antibiotika ja nein

Schmerzmittel ja nein

Sonstige:

.....

.....

.....

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden (Röntgenpass)?

Wenn ja, wann?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zur Zeit?:

.....

Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?:

.....

Nehmen/nahmen Sie Bisphosphonate? ja nein seit

Stehen Sie unter Chemotherapie? ja nein seit

Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung? ja nein seit

Nehmen Sie hoch dosierte Steroide / Immunsuppressiva? ja nein seit

Wurden bei Ihnen größere Operationen

im Krankenhaus durchgeführt? ja nein Datum:

Welche :

.....

Für unsere Patientinnen:

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Wenn ja, in welchem Monat?Monat

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten einverstanden und stimme der Versendung von Röntgenaufnahmen über Datentransfer zu, wenn die Aufnahmen von anderen Ärzten angefordert werden.

Diese Zustimmung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen.

Bitte beachten Sie, daß Sie nach einer Behandlung mit örtlicher Betäubung kein Fahrzeug führen dürfen!

....., denUnterschrift: