

# ANAMNESEBOGEN

*Herzlich willkommen in unserer Praxis!*

Sehr geehrte Patientin,  
sehr geehrter Patient,

bitte nehmen Sie sich die Zeit, diesen Fragebogen (**zwei Seiten**) in Ruhe auszufüllen.

Die gewissenhafte Beantwortung der Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand ist wichtig, um für Ihre Behandlung die geeigneten Behandlungsverfahren und Medikamente auswählen zu können. Sollten sich im Laufe der Zeit, in der Sie in unserer Praxis betreut werden, Änderungen an den nachfolgend von Ihnen gemachten Angaben ergeben, bitten wir Sie, uns diese umgehend mitzuteilen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

	Patient:	Hauptversicherter:
Name:		
Vorname:		
Geburtsdatum:		
Str. & Hausnr.:		
PLZ & Ort:		
Geburtsort:		
Tel.:		
Handy:		
E-Mail:		
Beruf:		
Arbeitgeber:		
Tel. geschäftl.:		
Krankenkasse:		
Versicherungsart:	<input type="checkbox"/> gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> Beihilfe <input type="checkbox"/> nicht versichert	<input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> privat (im Standardtarif)
Haben Sie eine private Zahn-Zusatzversicherung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ich bin damit einverstanden zum Zahnreinigungs-Recall per Brief / SMS / E-Mail angeschrieben zu werden.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wer hat Sie zu uns empfohlen oder überwiesen?		
Wer ist Ihr Hausarzt / Internist (Ort, Telefon)?		
Sind Sie zur Zeit in ärztl. / therapeut. Behandlung?		
Wenn ja, bei welchem Arzt / Therapeut?		
Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?		

Ich verpflichte mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mind. 2 Tage vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht eingehaltene bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden, je angefangene halbe Stunde 50 €.

# ANAMNESEBOGEN

Welche <b>Medikamente</b> nehmen Sie regelmäßig ein?	
Auf welche Medikamente oder andere Stoffe <b>reagieren Sie allergisch?</b>	
Besitzen Sie einen <b>Allergiepass?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sind bei zahnärztlichen oder chirurgischen Behandlungen bzw. durch Verletzungen <b>länger andauernde Blutungen</b> aufgetreten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie gerinnungshemmende Mittel (z.B. <b>Marcumar, ASS, Xarelto, Pradaxa, Eliquis, Clopidogrel</b> ) ein?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> wenig <input type="checkbox"/> viel
Besteht bei Ihnen eine Alkohol- oder Drogenabhängigkeit? Bitte zutreffendes einkreisen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Leiden Sie an <b>Asthma?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel? Bitte zutreffendes einkreisen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wurde jemals eine <b>Herzerkrankung oder ein Herzinfarkt</b> festgestellt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie einen <b>Herzschrittmacher</b> oder einen <b>Herzklappenersatz</b> ? Bitte unterstreichen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Leiden Sie unter <b>hohem</b> oder <b>niedrigem Blutdruck</b> ?	<input type="checkbox"/> hoch <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> niedrig
Hatten Sie jemals einen <b>epileptischen Anfall</b> (Krampfanfall)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie <b>Diabetes</b> (Zuckerkrankheit)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie eine <b>Schilddrüsenerkrankung</b> ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie eine <b>Augenerkrankung</b> (z.B. grüner Star / grauer Star)? Bitte unterstreichen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Leiden Sie unter <b>Magen - Darmerkrankungen</b> ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hatten Sie schon einmal eine <b>Nierenerkrankung</b> ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Besteht die Möglichkeit, dass Sie <b>HIV positiv (AIDS)</b> sind?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hatten Sie jemals eine <b>Lebererkrankung</b> <b>z. B. Hepatitis A B C</b> Sonstige:                                                                      Bitte zutreffendes einkreisen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wurden Sie jemals wegen einer <b>Tumorerkrankung</b> behandelt? Wenn ja, welche Art:                                                                      Wann:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wurden oder werden Sie wegen <b>Osteoporose</b> behandelt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Beschwerden am <b>Bewegungsapparat</b> (z. B. Halswirbelsäule)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Sonstige Erkrankungen?</b> Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Schnarchen Sie</b> oder haben Sie ein sogenanntes obstruktives Schlafapnoe-Syndrom ( <b>OSAS?</b> )	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sind Sie im Kopfbereich jemals verletzt oder operiert worden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wurde in den letzten zwölf Monaten eine Röntgenaufnahme der Zähne angefertigt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Besteht eine <b>Schwangerschaft</b> oder der Verdacht auf eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Sonstige</b> für Ihre Behandlung relevante <b>Angaben:</b>	
<b>Ich bin damit einverstanden, dass eine Terminerinnerung per SMS oder E-Mail erfolgen kann.</b>	
<b>Die „Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten“ sind in der Praxis oder auf unserer Website oralchirurgie-gp.de einsehbar.</b>	

ⓘ Nach Injektionen jeglicher Art sollten Sie mindestens ⓘ  
 ⓘ drei Stunden lang kein Kraftfahrzeug führen! ⓘ

Göppingen, den .....

Unterschrift.....