

Logo

Anamnesebogen für Erwachsene

Bitte füllen Sie das Formular in Ihrem eigenen Interesse vollständig aus!
Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt.

Name , Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Hausarzt: _____

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

Herz- und Kreislauferkrankungen

Herzfehler?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzklappenersatz (Endokarditis)?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Liegt ein Herzpass vor?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzinfarkt?	Wann?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzschrittmacher?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
zu hoher Blutdruck?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
zu niedriger Blutdruck?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Blutgerinnungsstörungen?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schlaganfall	Wann?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Thromboseneigung?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

weitere Erkrankungen

Allergien? / Allergiepass?	Welche?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lungenerkrankung (z.B. Asthma, chronische Bronchitis)?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Augenerkrankungen (grauer oder grüner Star (Glaukom))?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Stoffwechselstörung / Diabetes?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nierenerkrankung?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lebererkrankung / Hepatitis?	Welche?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
chronische Schmerzen (z.B. Migräne, Neuralgien)		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Depressionen?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schilddrüsenerkrankungen?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Rheuma / entzündliche Gelenkerkrankungen?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Organtransplantation?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Osteoporose?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie Bisphosphonate (Knochentropf) ein?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Tumorerkrankungen (Bestrahlung/Chemotherapie)?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Epilepsie?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Infektionskrankheiten (Hepatitis, Tuberkulose, Aids)? ja nein
Bestehen sonstige, hier nicht aufgeführte Erkrankungen?
wenn ja, welche? _____ ja nein

medizinisch wichtige Informationen:

Sind Sie schwanger? Welcher Monat? ja nein
Rauchen Sie? ja nein
Trinken Sie täglich Alkohol? ja nein
Nehmen Sie Drogen? ja nein
Treten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf? ja nein
Wurden bei Ihnen Resistenzen auf bestimmte Keime festgestellt? ja nein

Medikamente:

Welche Medikamente nehmen Sie ein? Bitte geben Sie alle Medikamente und ihre Dosierung, sowie homöopathische und nahrungsergänzende Mittel an! (ggf. Zusatzblatt beifügen!)

Grund des heutigen Besuchs: _____

Welche Einstellung haben Sie zu einem Zahnarztbesuch?

positiv neutral eher ängstlich sehr ängstlich

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? _____

Möchten Sie von uns an die halbjährlichen Kontrolle erinnert werden? ja nein

Erklärung:

Ich erkläre, alle Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben.

Ich verpflichte mich, die Praxis über alle während des Behandlungszeitraums auftretenden Änderungen zu informieren.

Ich bestätige, dass ich alle hier abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum

Unterschrift Patient / Patientin