

Zahnarztpraxis
Anette Maria Kolb
Haingasse 6
61348 Bad Homburg
Tel.: 06172- 288868
anette.kolb@t-online.de

ALLGEMEINER ANAMNESEBOGEN

Name:.....

Vorname:.....

Geburtsdatum:.....

Geburtsort:.....

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf Ihre Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Er wird Ihrer Karteikarte beigelegt. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

Mit ihrer Unterschrift bestätigen Sie Ihr Einverständnis, dass Ihre personenbezogenen Daten im Laufe der Behandlung von uns verarbeitet werden und bei Notwendigkeit zum Beispiel an unser Labor und/oder Ihre Krankenkasse weitergeleitet werden.

(Bitte ausfüllen bzw. zutreffendes ankreuzen!)

Waren Sie innerhalb der letzten zwei Jahren im Krankenhaus
oder in ärztlicher Behandlung?

Ja Nein

1. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Ja Nein

Wenn ja, welche?.....
.....

2. Nehmen Sie Medikamente ein, welche die Blutgerinnung
hemmen (z.B. Marcumar)?

Ja Nein

Wenn ja, welche?.....

3. Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?

Ja Nein

Wenn ja, welche?.....
.....

4. Besitzen Sie einen Allergiepass?

Ja Nein

5.

6. Neigen Sie zu allergischen Reaktionen?

Ja Nein

– Bei bestimmten Materialien?

Ja Nein

– Bei bestimmten Arzneimitteln?

Ja Nein

– Bei bestimmten Nahrungsmitteln?

Ja Nein

7. Haben Sie eine

- Penicillinallergie? Ja Nein
- Jodallergie? Ja Nein
- Latexallergie? Ja Nein

8. Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens?

Ja Nein

Wenn ja, welche?.....

.....

- Angeborener oder erworbener Herzfehler? Ja Nein
- Herzklappenfehler oder Herzklappenprothese? Ja Nein
- Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)? Ja Nein
- Herzoperationen? Ja Nein

- Haben Sie einen Herzschrittmacher oder einen Defi? Ja Nein

9. Leiden oder litten Sie an nachfolgenden Krankheiten?

- Infektionskrankheiten (z.B. Tuberkulose, Hepatitis, Aids)? Ja Nein
- Lebererkrankungen? Ja Nein
- Herzerkrankungen (Herzinfarkt, Angina pectoris)? Ja Nein
- Zu hoher Blutdruck? Ja Nein
- Zu niedriger Blutdruck? Ja Nein
- Schlaganfall? Ja Nein
- Nierenerkrankungen? Ja Nein
- Diabetes? Ja Nein
- Magen-Darmerkrankung? Ja Nein
- Schilddrüsenkrankung? Ja Nein
- Rheumatismus/ rheumatisches Fieber? Ja Nein
- Asthma/ Lungenerkrankungen? Ja Nein
- Blutkrankheiten oder Blutgerinnungsstörungen? Ja Nein
- Nervenerkrankungen? Ja Nein
- Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)? Ja Nein

- Sonstige Erkrankungen? Ja Nein

Wenn ja, welche?

.....

10. Sind Sie im letzten Jahr operiert worden?

Ja Nein

Wenn ja, in welchem Körperbereich?

.....

11. Haben / hatten Sie Verletzungen im Kiefer-Gesichtsbereich?

Ja Nein

12. Haben Sie die Spritze beim Zahnarzt bisher gut vertragen?

Ja Nein

13. Trat nach einer Zahnentfernung eine Nachblutung auf?

Ja Nein

14. Ist bei Ihnen eine Zahnbehandlung im Zusammenhang mit einem

Allgemeinleiden durchgeführt worden?

Ja Nein

15. Wann sind Sie das letzte Mal geröntgt worden?

In welchem Körperbereich?

.....

Bei Frauen:

Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein

Wenn ja, in welchem Monat?.....

16. Name und Anschrift des Hausarztes:.....

.....

.....

17. Gibt es einen bestimmten Grund, warum Sie uns aufsuchen (Zweitmeinung, Beschwerden, Routinekontrolle etc.)?

.....

.....

18. Haben Sie besondere Wünsche bzgl. der Behandlung, Terminierung etc., die Sie uns mitteilen möchten?

.....

18.1 Möchten Sie an unserem Recallprogramm teilnehmen und nach individuell festgelegtem Intervall an Ihre Vorsorgetermine erinnert werden.

Ich möchte teilnehmen: Ja Nein

18.2. Zusatzversicherung Ja Nein

18.3. Beihilfe Ja Nein

18.4 Wie sind sie auf uns aufmerksam geworden:

Internet

Jameda

Heilpraktiker wenn ja von wem

Bekannter wenn ja von wem

Arzt wenn ja von wem

18.4 Wie lautet Ihre E-Mail Adresse

19. Bitte beachten Sie die folgenden Hinweise zur Lokalanästhesie:

- Nach einer örtlichen Betäubung im Mund-, Gesichts- und Kieferbereich kann Ihr Verhalten im Straßenverkehr beeinträchtigt sein!

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Patienten

Bitte nur nach Aufforderung ausfüllen!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!

Nach Durchsicht und Prüfung bestätige ich, dass die vorangegangenen Angaben heute noch aktuell sind

.....
Ort, Datum Unterschrift des Patienten

Nach Durchsicht und Prüfung bestätige ich, dass die vorangegangenen Angaben heute noch aktuell sind

.....
Ort, Datum Unterschrift des Patienten