

- Gesetzliche Krankenkasse   
 Private Krankenkasse   
 Zusatzversicherung

Name der Krankenkasse \_\_\_\_\_



# Anamnesebogen

Liebe Patientinnen und Patienten,

um eine Behandlung zu erreichen, die individuell auf Sie abgestimmt ist, bitten wir Sie unseren Anamnesebogen sorgfältig auszufüllen.

**Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.**

## Patient/in

Familienname	Vorname	Geburtsdatum
Straße/Hausnummer	PLZ/Ort	E-Mail
Telefon	Mobil	Hausarzt
Beruf	Arbeitgeber	Hauszahnarzt

## Hauptversicherte Person (falls abweichend)

Familienname	Vorname	Geburtsdatum
Straße/Hausnummer	PLZ/Ort	E-Mail
Telefon	Mobil	

## Gesundheitszustand

### Herz-Kreislaufferkrankungen

Herzerkrankung  Ja /  Nein  
 Wenn ja, seit wann/welche?  
 \_\_\_\_\_

- Herzschrittmacher  Ja /  Nein
- Endokarditisprophylaxe  Ja /  Nein
- Hoher Blutdruck  Ja /  Nein
- Niedriger Blutdruck  Ja /  Nein
- Ohnmachtsanfälle  Ja /  Nein

### Stoffwechselstörung

- Diabetes mellitus  Ja /  Nein
- Schilddrüsenerkrankung  Ja /  Nein
- Gicht  Ja /  Nein

### Organerkrankungen

- Organtransplantation  Ja /  Nein
- Nierenerkrankung  Ja /  Nein
- Asthma/Lungenerkrankung  Ja /  Nein
- Magen-Darmerkrankung  Ja /  Nein

### Tumorerkrankungen

Wenn ja, seit wann/welche?  Ja /  Nein  
 \_\_\_\_\_

Chemotherapie, wenn ja, wann? \_\_\_\_\_  Ja /  Nein

Bestrahlung, wenn ja, wann? \_\_\_\_\_  Ja /  Nein  
 Bisphosphonate/Antikörpertherapie,  Ja /  Nein

wenn ja, wann \_\_\_\_\_

### Knochenerkrankungen

- Knochenmetastasen  Ja /  Nein
- Rheuma/Arthritis  Ja /  Nein
- Osteoporose  Ja /  Nein

### Erkrankungen des Nervensystems

- Anfallsleiden (Epilepsie)  Ja /  Nein
- Psychische Erkrankungen  Ja /  Nein

### Infektionserkrankungen

Hepatitis, wenn ja welche \_\_\_\_\_  Ja /  Nein

- Hepatitis ausgeheilt seit \_\_\_\_\_  Ja /  Nein
- HIV-Infektion/AIDS  Ja /  Nein
- Multiresistente Keime (MRSA, VRE, MRGN)  Ja /  Nein
- Creutzfeldt-Jakob-Krankheit  Ja /  Nein

**Bitte wenden ►**

## Allergien/Unverträglichkeiten

Lokalanästhesie  Ja /  Nein  
Antibiotika  Ja /  Nein  
Schmerzmittel  Ja /  Nein

sonstige Allergien \_\_\_\_\_

## Künstlicher Gelenkersatz Ja / Nein

Wenn ja, seit wann/welche? \_\_\_\_\_

## Sonstige Erkrankungen

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Aktuelle Medikamenteneinnahme/Präparate

Blutgerinnungshemmende Medikamente  Ja /  Nein

Wenn ja, seit wann/welche? \_\_\_\_\_

sonstige Medikamente \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Rauchen Sie?** Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag? \_\_\_\_\_  Ja /  Nein

**Konsumieren Sie regelmäßig Drogen?** Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  Ja /  Nein

**Sind Sie derzeit schwanger?** Wenn ja, in welchem Monat? \_\_\_\_\_  Ja /  Nein

**Wurden Sie innerhalb der letzten 12 Monate geröntgt?** Wenn ja, von wem und wann? \_\_\_\_\_  Ja /  Nein

\_\_\_\_\_

- Ich \_\_\_\_\_ (*Name&Vorname oder gesetzl. Vertreter*) habe den Text betreffend der Information zur Erhebung personenbezogener Daten gelesen, verstanden und willige den Bedingungen ein. Der Text wurde mir ausgehändigt und ist zusätzlich im Wartebereich der Praxisklinik Dr. Hoffmann und Kollegen einsehbar. Mit meiner Unterschrift willige ich ebenfalls in das regelmäßige Nachsorgesystem (*Implantatrecall/Mundschleimhautrecall*) der Praxisklinik Dr. Hoffmann und Kollegen ein. Die Einwilligung ist jederzeit widerrufbar.
- Ich erkläre mich einverstanden, dass nach persönlicher Rücksprache Fotografien/Röntgenbilder und Modelle von mir und von Befunden oder Situationen vor, während bzw. nach des Eingriffs oder der Behandlung angefertigt und im Einzelfall auch für interne Fortbildungen publiziert werden können. Diese Bilder dienen neben der Planung von Behandlungen insbesondere auch der Dokumentation der Behandlung. Das Bildmaterial wird (*zumindest in digitaler Form*) mindestens 10 Jahre lang gespeichert werden. Ich stimme zu, dass meine Befunde und Fotografien/Röntgenbilder an meine/n weiterbehandelnde/n Zahnärztin/Zahnarzt übermittelt werden können. Die Einwilligung ist jederzeit widerrufbar.
- Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner obigen Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in bzw. gesetzlicher Vertreter/in