

Informations- und Anamnesebogen

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Liebe Patientin, lieber Patient,

damit wir Sie optimal und schonend behandeln können, beantworten Sie bitte die Fragen zu Ihrer Person und über Ihren Gesundheitszustand möglichst genau (Seite 1–2). Wir helfen Ihnen gerne dabei! Alle gemachten Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.

Name, Vorname: _____ Telefon: _____

Straße, Hausnr.: _____ Mobil: _____

PLZ / Ort: _____ E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Arbeitgeber: _____

Ihre Krankenversicherung: _____

Ihr Hausarzt: _____

Versichert über: _____
(Name, Geburtsdatum, falls nicht selbst versichert)

Zusatzversicherung
(nur bei Krankenkassenpatienten) nein ja

Beihilfeberechtigt
(nur bei Privatpatienten) nein ja

Allergien / Unverträglichkeiten

Lokalanästhetika (Betäubungsspritze) nein ja

Schmerzmittel nein ja welche: _____

Antibiotika nein ja welche: _____

andere: _____

Besitzen Sie einen Allergieausweis? nein ja **Wenn JA, bitte Ausweis vorlegen!**

Herz- / Kreislauf-Erkrankungen

Blutgerinnungsstörung / Marcumar / ASS nein ja

Hoher Blutdruck nein ja

Niedriger Blutdruck / Ohnmachtsneigung nein ja

Herzschrittmacher / Defibrillator nein ja

Herzinfarkt nein ja wann: _____

Herzpass / Endokarditisprophylaxe nein ja **Wenn JA, bitte Ausweis vorlegen!**

Infektionskrankheiten

HIVirus (AIDS) nein ja

Hepatitis A, B oder C (Gelbsucht) nein ja

andere: _____

Weitere Erkrankungen

Asthma / Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Epilepsie / Anfallsleiden	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Depressionen / Anfallsleiden	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Grauer Star (Auge)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Nierenfunktionsstörung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Magen-Darm-Erkrankung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Osteoporose	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

andere: _____

Allgemeine Angaben

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? nein ja

welche: _____

Rauchen Sie? nein ja

Wurden Sie in den letzten 12 Monaten geröntgt? nein ja

Welcher Körperbereich? _____

Besteht eine Schwangerschaft? nein ja Woche _____

Fragen zur Mundgesundheit und allgemeinem Wohlbefinden

Haben Sie

- öfters Mundgeruch und einen komischen Geschmack?
- Beschwerden beim Mund öffnen, kauen, gähnen?
- Zahnfleischbluten?
- Tinnitus, Ohrenschmerzen?
- Nackenverspannung, Kopfschmerzen?
- aufbiss- oder temperaturempfindliche Zähne?

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam (für Neupatienten)?

Internet Empfehlung sonstiges: _____

Bitte berücksichtigen Sie folgende Hinweise:

Ich werde hiermit darauf aufmerksam gemacht, dass meine Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach Injektionen jeglicher Art mindestens 3 Stunden beeinträchtigt sein kann.
Weiterhin werde ich darauf hingewiesen, dass zu den vereinbarten Terminen Zeit für mich reserviert wird. Vereinbarte Termine sollten deshalb eingehalten bzw. rechtzeitig abgesagt werden.

Ort, Datum

Unterschrift

Sind die Daten auf dem Anamnesebogen noch aktuell?

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

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift