

## ANAMNESEBOGEN

Fragebogen für Patienten

Bitte füllen Sie den Fragebogen vollständig aus. Wenn Ihnen eine Frage unverständlich ist, sind wir gerne behilflich.

### PERSÖNLICHE ANGABEN

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Telefon (Privat/Mobil)

Telefon (Geschäftlich)

E-Mail-Adresse

Hausarzt

### VERSICHERUNGSSTATUS

#### Zutreffendes bitte ankreuzen

- Gesetzlich versichert
  Krankenzusatzversicherung  
 Von Zuzahlungen der gesetzl. Krankenkasse befreit
  Privat versichert (Standardtarif/Basistarif)

Beihilfe berechtigt

Krankenkasse, Versicherungsgesellschaft

### EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG/VOLLMACHT

**Einverständniserklärung für die Behandlung Minderjähriger:** Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer bei akuten Schmerzen) das Einverständnis eines Erziehungsberechtigten erforderlich.

Ort, Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

#### Liegt für Sie eine Betreuungs- oder Vorsorgevollmacht vor?

Ja  Nein

Falls ja, für welche Bereiche?  Gesundheit  Vermögen  Sonstige  Pflegegrad \_\_\_\_\_

Name und Telefonnummer des / der Betreuer(s)

### WIE WURDEN SIE AUF UNS AUFMERKSAM?

Internet
  Social Media
  Zahnärztin/-arzt
  Familie/Bekannte
  Sonstiges \_\_\_\_\_

1/2



## ANGABEN ZUM GESUNDHEITSTATUS

### Herz und Kreislauf

Blutdruck  normal  zu hoch  zu niedrig    Medikament \_\_\_\_\_  
Herz- oder Herzklappenerkrankungen, Endokarditis?  Ja  Nein  
Endokarditisprophylaxe empfohlen?  Ja  Nein  
Herzoperationen, Herzschrittmacher, Defibrillator  Ja  Nein    Wann? \_\_\_\_\_  
gff. behandelnder Kardiologe \_\_\_\_\_

### Infektionserkrankungen

Hepatitis  Ja  Nein  
HIV (AIDS)  Ja  Nein  
Tuberkulose  Ja  Nein

### Tumorerkrankungen (Krebs)

Operation  Ja  Nein  
Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_  
Chemo-/ Strahlentherapie  Ja  Nein  
Bisphosphonat-Medikation?  Ja  Nein

### Allergien und Unverträglichkeiten gegen Antibiotika, Schmerzmittel oder andere Medikamente / Stoffe

Ja  Nein    Wenn ja, wogegen? \_\_\_\_\_

### Sonstige Erkrankungen

Diabetes mellitus  Ja  Nein    Lunge (z. B. Asthma, COPD)  Ja  Nein  
HbA1c-Wert \_\_\_\_\_    Rheuma, Arthrose  Ja  Nein  
Schilddrüsenerkrankung  Ja  Nein    Leber- oder Nierenfunktionsstörung  Ja  Nein  
Krampfanfälle (z.B. Epilepsie)  Ja  Nein    Grauer Star / Grüner Star  Ja  Nein  
Osteoporose  Ja  Nein    Blutverdünnende Medikamente  Ja  Nein  
Orthopäde \_\_\_\_\_    Quick / INR \_\_\_\_\_  
Operationen in den letzten 21 Monaten (insbesondere Gelenkprothesen)?  Ja  Nein

Regelmäßige Medikamente \_\_\_\_\_

Andere Erkrankungen \_\_\_\_\_

### Allgemeines

Rauchen Sie?  Ja  Nein    Konsumieren Sie Alkohol / Drogen?  Ja  Nein  
Wenn ja, wie viel? \_\_\_\_\_    Wenn ja, wie viel? \_\_\_\_\_  
Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?  Ja, in der \_\_\_\_\_ Woche  Nein

## WICHTIGE INFORMATIONEN

Alle oben genannten Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes. Sie werden streng vertraulich behandelt. Mit meiner Unterschrift stimme ich der Speicherung meiner Daten zu. Ich verpflichte mich, meinen Zahnarzt umgehend über alle gesundheitlichen Veränderungen, die sich während des Behandlungszeitraums ergeben, zu informieren. Hinweis: Lokal wirksame Betäubungsmittel können Ihre Verkehrstüchtigkeit beeinflussen.

**Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich diese Informationen gelesen und verstanden habe.**

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

2/2

