

## Patientenanmeldung und Anamnese

Bitte beantworten Sie folgende Fragen sorgfältig. Wir wollen erreichen, dass Krankheiten frühzeitig erkannt werden und dass unsere Behandlungsmaßnahmen und Medikamente Ihrem Gesundheitszustand angepasst werden können. Selbstverständlich behandeln wir alle Auskünfte vertraulich!

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Tel.privat: \_\_\_\_\_

Tel.:gesch.: \_\_\_\_\_ mobil: \_\_\_\_\_ Beruf/Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Sind Sie Zusatzversichert?  Ja  Nein

Wann war der Letzte Zahnarztbesuch? \_\_\_\_\_

Durch wen wurden Sie empfohlen bzw. wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

### Allgemeine Anamnese:

1. Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Wenn ja welche \_\_\_\_\_  Ja  Nein  
(gegen Penicillin, Aspirin, Schmerzmittel etc.) \_\_\_\_\_

2. Besitzen Sie einen Allergiepass?  Ja  Nein

3. Leiden Sie an Herz- und / oder Kreislaufbeschwerden  Ja  Nein

4. Haben Sie eine erhöhte Blutungsneigung  Ja  Nein

5. Haben Sie Diabetes (Blutzucker)? Benötigen Sie Insulin?

6. Haben Sie  
eine Schilddrüsenerkrankung?  
eine Lebererkrankung?  
Eine Nierenerkrankung?  
z. Zt eine Infektionskrankheit (Aids, Hepatitis)  
eine Nervenkrankheit?  
Bronchial-Asthma?  
Andere Schwierigkeiten mit den Lungen oder Husten?  
Epilepsie (Anfallsleiden)?  
Hohen / niedrigen Blutdruck?

Zutreffendes  
bitte  
Unterstreichen

7. Haben Sie Krebs, eine bösartige Erkrankung oder Leukämie  Ja  Nein

Falls eine der o. g. Fragen mit Ja beantwortet wurde: Name und Anschrift des Hausarztes ( Allgemeinarzt oder Internist)

8. Hatten Sie jemals eine Ohnmacht bei (zahn-) medizinischen Eingriffen?  Ja  Nein

9. Benötigen Sie eine Antibiotikaphylaxe (Gabe) vor zahnärztlichen Eingriffen?  Ja  Nein

10. Nehmen Sie zur Zeit irgendwelche verordnete Medikamente?  Ja  Nein

Wenn ja welche? \_\_\_\_\_

11. Sind Sie schwanger?  Ja  Nein

12. Neigen Sie zu Karies zu Zahnstein zu Zahnfleischbluten zu Zahnverfärbung  
 Ja  Nein  Ja  Nein  Ja  Nein  Ja  Nein  Ja  Nein

13. Haben Sie Angst vor Zahnbehandlungen?  Ja  Nein

14. Was ist der Grund für Ihren Besuch?

### **Bitte beachten Sie ,dass Anästhesien die Fahrtüchtigkeit beeinflussen können!!**

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass vereinbarte Termine, die nicht **24 Stunden vorher** abgesagt werden, von uns in Rechnung gestellt werden (§§ 304, 615 BGB ), wenn kein anderer Patient einbestellt werden kann. Vielen Dank!

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_