



Gesundheitsfragebogen (Anamnese)

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern,

für eine an Ihren Gesundheitszustand optimal angepasste zahnärztliche Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Hierfür bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Zum Teil sind die Fragen gesetzlich vorgeschrieben. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, besprechen Sie diese mit uns vor der Behandlung. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihre Angaben werden von uns ggf. elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Name:, Vorname:, Geburtsdatum:

Anschrift:

Telefon: privat:
 mobil:
 geschäftlich:

E-Mail:

Beruf*:, Arbeitgeber*:

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Versicherter: Name:
 Geburtsdatum:
 Krankenkasse:

*freiwillige Angaben

Organisatorisches

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte sagen Sie ihn so früh wie möglich ab. Andernfalls behalten wir uns vor, Ihnen die nicht genutzte Zeit in Höhe des Honorars zu berechnen, dass für die termingerechte Behandlung angefallen wäre.

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?

Herz

(ja) (nein) Zustand nach Infarkt
(ja) (nein) Herzinsuffizienz
(ja) (nein) Muskelentzündung
(ja) (nein) Verengung der Herzkranzgefäße
(ja) (nein) Rhythmusstörungen
(ja) (nein) Bypassoperation
(ja) (nein) Herzklappenersatz
(ja) (nein) Schrittmacher

Kreislauf

(ja) (nein) niedriger Blutdruck
(ja) (nein) Bluthochdruck





(ja) (nein) Angina pectoris
(ja) (nein) Durchblutungsstörungen
(ja) (nein) Schlaganfall

Erkrankung des blutbildenden Systems

(ja) (nein) Blutarmut
(ja) (nein) Bluter

Augen

(ja) (nein) Grauer Star
(ja) (nein) Grüner Star

Atmungswege/Lunge

(ja) (nein) Asthma
(ja) (nein) Bronchitis

Magen-Darm-Trakt

(ja) (nein) Magenerkrankung
(ja) (nein) Darmerkrankung

Blase-Nieren

(ja) (nein) Blasenerkrankung
(ja) (nein) Nierenerkrankung
(ja) (nein) Dialyse

Leber

(ja) (nein) Gelbsucht
(ja) (nein) Hepatitis

Bewegungsapparat

(ja) (nein) Rheuma
(ja) (nein) rheumatoide Arthritis
(ja) (nein) Gicht

Zentrales Nervensystem

(ja) (nein) epileptische Anfälle

Vegetatives Nervensystem

(ja) (nein) Kopfschmerzen
(ja) (nein) Migräne

Stoffwechsel

(ja) (nein) Zuckerkrankheit
(ja) (nein) Schilddrüsenüberfunktion
(ja) (nein) Schilddrüsenunterfunktion

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

(ja) (nein) Haut und/oder Geschlechtskrankheiten
(ja) (nein) HIV bzw. AIDS, Tuberkulose
(ja) (nein) Tumorerkrankungen (Bestrahlung, Chemotherapie)
(ja) (nein) Röteln, Mumps, Masern, Scharlach

Wenn Sie wegen einer der genannten Erkrankungen in Behandlung sind (Name und Anschrift Ihres Hausarztes):

(Haus-) Arzt: **Ort:**





Sonstige medizinisch wichtige Informationen:

- (ja) (nein) Bluten Sie lange wenn Sie sich schneiden, oder bekommen Sie leicht blaue Flecken?
- (ja) (nein) Hat sich in letzter Zeit Ihr Gewicht stark verringert?
- (ja) (nein) Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung?
Wenn ja, welche?
- (ja) (nein) Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
Wenn ja, welche?.....
- (ja) (nein) Nehmen Sie regelmäßig Alkohol oder Drogen zu sich?
Wenn ja, welche?.....
- (ja) (nein) Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe?
Wenn ja, welche?.....
- (ja) (nein) Besitzen Sie einen Allergiepass?
Wenn ja, gegen welche Stoffe sind Sie allergisch?
- (ja) (nein) Traten oder treten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf? Wenn ja, welche?.....
- (ja) (nein) Hatten Sie schon einmal eine Zahnfleischbehandlung? Wann?.....
- (ja) (nein) Tragen Sie festen oder abnehmbaren Zahnersatz?
Wenn ja, sind Sie damit zufrieden?

Für unsere Patientinnen:

- (ja) (nein) Sind Sie z.Zt. schwanger?
Wenn ja, in welchem Monat?.....
- (ja) (nein) Stillen Sie?
- (ja) (nein) Nehmen Sie die Anti-Baby-Pille?
- (ja) (nein) Sind Sie über Baby- oder Kinderprophylaxe aufgeklärt? Sprechen Sie uns gerne an!

Weitere administrativ wichtige Informationen:

- (ja) (nein) Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft? (Eintragungen der letzten 5 Jahre)
- (ja) (nein) Möchten Sie von uns an Ihre halb-jährlichen Kontrolltermine erinnert werden?

In eigener Sache:

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- () Empfohlen von
- () Telefon- / Branchenbuch () Internet () Sonstiges

- (ja) (nein) Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung?

Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungsterminen

Wir machen Sie hiermit aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann und zwar sowohl durch die Behandlung an sich, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi.

Ich versichere, dass die oben genannten Antworten wahr und korrekt sind. Bei Änderungen werde ich meinen Zahnarzt direkt informieren.

Petershagen – Lahde, den Unterschrift

