



Liebe Patientin, lieber Patient, herzlich willkommen in unserer Praxis. Um Ihnen die bestmögliche medizinische Behandlung zukommen zu lassen und gesundheitlichen Risiken vorzubeugen, benötigen wir einige Informationen zu Ihrem Gesundheitszustand. Wir möchten Sie daher bitten, diesen Anamnesebogen vollständig und wahrheitsgemäß auszufüllen.

Name	Vorname	Geburtsdatum
.....
Straße	PLZ Wohnort	E-Mail
.....
Telefon privat	Telefon dienstlich	Beruf
.....
Hausarzt (Name, Anschrift)		
.....		
Krankenversicherung: gesetzlich <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> Basistarif <input type="checkbox"/> Beihilfe <input type="checkbox"/>		

Anamnese	Ja	Nein	Medikamente	Ja	Nein
Allergien (Allergiepass)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ASS/Aspirin/Godamed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Antibiotika.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Clopidogrel/Plavix/Iscover	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Lokalanästhetika.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Falithrom/Xarelto/Pradaxa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heparin/Clexane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Andere: welche?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bisphosphonate/Denosumab	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz-Kreislaufkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cortison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	weitere Medikamente.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Endokarditis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche? _____		
▪ Herzfehler.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
▪ Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
▪ Bypass-Operationen/koronare Stents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
▪ Herzklappenersatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
▪ Herzrhythmusstörungen/Herzschrittmacher.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Blutgerinnungsstörungen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wann wurden Sie zuletzt im Kieferbereich geröntgt? _____		
Diabetes mellitus (Zuckererkrankung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Epilepsie (Anfallsleiden).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Grüner Star (Glaukom).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Infektionserkrankungen (Hepatitis, HIV, TBC).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haben Sie manchmal Zahnfleischbluten oder einen schlechten Geschmack?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Lebererkrankungen (Leberzirrhose etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Lungenerkrankungen/Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?	<input type="checkbox"/> Empfehlung	<input type="checkbox"/> Überweisung
Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Internet	<input type="checkbox"/> Praxisflyer
Nierenerkrankungen/Dialyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Gelbe Seiten	<input type="checkbox"/> Sonstiges
Künstliche Gelenke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Tumorerkrankung: welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Bestrahlung im Kopf-/Halsbereich.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
andere Erkrankungen: welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Rauchen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Alkohol.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Schwangerschaft.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Ich wurde über die gegebenenfalls notwendige Durchführung einer Lokalanästhesie und damit verbundene Risiken (Gefühlsstörung, Unverträglichkeiten) aufgeklärt. Ich erkläre mich damit und mit der Durchführung, Speicherung und Verarbeitung möglicher Fotodokumentationen im Rahmen der Behandlung einverstanden.

Ort, Datum: Unterschrift:.....

Liebe Patientin, lieber Patient, wir möchten Sie darauf hinweisen, dass wir Ihre Daten in unserer EDV speichern. Selbstverständlich unterliegen alle Daten der ärztlichen Schweigepflicht.