

# Anamnese

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, um die für Ihre Behandlung geeigneten Medikamente und Behandlungsverfahren individuell auswählen zu können, bitten wir Sie um Beantwortung der folgenden Fragen:

## Patient:

Name / Titel.....  
Vorname:.....  
Geburtsdatum:.....  
Geburtsname:.....  
Geburtsort:.....

## Anschrift

Straße / Haus-Nr.:.....  
Postleitzahl / Ort:.....  
Handy:.....  
Telefon:.....  
dienstlich:.....  
E-Mail:.....

## bei Familienversicherten-Mitglied:

Name / Titel:.....  
Vorname:.....  
Geburtsdatum:.....  
Geburtsname:.....  
Geburtsort:.....

## Zutreffendes bitte ankreuzen:

Zusatzversicherung  Ja  Nein

**Operationen in den letzten 6 Monaten**  Ja  Nein  
Welche?.....

Künstliche Gelenke (Hüft-, Knie-, Beinprothese, etc..)  Ja  Nein  
Welche?.....

Koronare Herzkrankheit (Angina pectoris)  Ja  Nein  
Herzschwäche (Insuffizienz)  Ja  Nein  
unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmie)  Ja  Nein  
Herzschrittmacher?  Ja  Nein  
künstliche Herzklappe?  Ja  Nein  
Schlaganfall  Ja  Nein  
Blutdruck  niedrig  normal  hoch  
Gerinnungsstörungen  Ja  Nein  
Einnahme **Gerinnungshemmer?**  Ja  Nein

## Welche?.....

Durchblutungsstörungen / Thrombose  Ja  Nein  
Asthma / chronische Bronchitis  Ja  Nein  
Tuberkulose  Ja  Nein  
Zuckerkrankheit (Diabetes)  Ja  Nein  
Schilddrüsenerkrankungen  Ja  Nein  
**Leberkrankheiten / Hepatitis**  Ja  Nein

## Welche?.....

Nierenerkrankungen / Dialyse  Ja  Nein  
Anfallsleiden / Krampfanfälle  Ja  Nein  
Latexallergie?  Ja  Nein  
Penicillin-Allergie  Ja  Nein  
haben Sie einen Allergiepaß?  Ja  Nein

## Allergie gegen zahnärztliche Materialien, Metalle?

Ja  Nein

## Allergie gegen Medikamente-

**welche?**  Ja  Nein

Hörgerät?  Ja  Nein  
sind / waren Sie drogenabhängig?  Ja  Nein  
sind Sie Raucher?  Ja  Nein  
regelmäßiger Alkoholgenuß  Ja  Nein  
knirschen Sie mit den Zähnen?  Ja  Nein  
Cortisoneinnahme?  Ja  Nein  
Zustand nach Organtransplantation?  Ja  Nein  
AIDS (HIV-Positiv)?  Ja  Nein  
Tumorerkrankungen?  Ja  Nein  
Haben Sie Angst vor der Behandlung?  Ja  Nein

sind Sie Schwanger?  Ja  Nein  
im.....Monat

Sonstige Erkrankungen?.....

## Nehmen Sie zur Zeit Medikamente

(Herzmedikamente, Aspirin, ASS, Marcumar, Schmerzmittel...)?

Welche? .....

.....  
.....  
.....  
.....

Ich bin mit dem Recall (Erinnerung) bis auf schriftlichen Widerruf- einverstanden:

Ja  Nein

schriftliche / telefonisch / per E-Mail.....

Sind Sie an professioneller Zahnreinigung interessiert?

Ja  Nein

Name des Hausarztes:.....

.....

Telefon des Arztes:.....

## Bitte teilen Sie uns umgehend Änderungen ihrer Angaben mit!

Alle Informationen und Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes. Die angegebenen Daten werden gespeichert.

**Sie verpflichten sich zur Termineinhaltung bzw. Absage innerhalb von 24 Std., sonst können die Ausfallkosten privat in Rechnung gestellt werden!**

Ich habe alle Informationen gelesen, verstanden und wahrheitsgemäß ausgefüllt

Chemnitz, den.....

Unterschrift Patient, ggf. zusätzlich

Erziehungsberechtigter

## Vom Zahnarzt auszufüllen!

Prophylaxe?  Ja  Nein  
PA-Therapie?  Ja  Nein max. Taschentiefe.....  
Knochenaufbau?  Ja  Nein  
Weichgewebsanatomie intakt?  Ja  Nein  
Kariesrisiko?  Ja  Nein  
Antikarieskur?  Ja  Nein  
Schienentherapie?  Ja  Nein  
.....  
Füllg.-Alternativen?  Ja  Nein  
Bleaching?  Ja  Nein  
Implantate?  Ja  Nein  
Infektionen an Implantat?  nein  chronisch  akut  
Ästhetische Ansprüche des Pat.  tief  mittel  hoch

Allgemeines.....

.....  
.....  
.....