

Zahnärztliche Anamnese bei Erwachsenen

Name, Vorname: _____

aktuelle Tel.Nr./E-Mail: _____

Hausarzt/Spezialist: _____

Bisheriger Zahnarzt (nur wenn Neupatient): _____

			JA	NEIN
1. Herz:	Herzkrankheiten?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche? _____				
Haben Sie einen Herzpass? Bitte vorzeigen!	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Haben Sie einen Bypass?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Haben Sie eine künstliche Herzklappe?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Haben Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Müssen Sie Endokartitisprophylaxe betreiben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

2. Kreislauf:	Erhöhter Blutdruck?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zu niedriger Blutdruck?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Blutarmut (Anämie)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
3. Blut:	Blutungsneigung wegen Blutverdünner ?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Lunge	Asthma/chronische Bronchitis?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Tuberkulose?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Stoffwechsel:	Diabetes? Welcher Typ? _____		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Schilddrüsenerkrankung?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Leberkrankheiten/Gelbsucht?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Hepatitis A, B, C (bitte ankreuzen)?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Nervensystem:	Depression?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Epilepsie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Sonstige?: _____				
7. Allergien:	Latex/Laktoseintoleranz/Pfefferminzöl/			
Aloe Vera/Harze/Milch-Protein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Penicillin?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Medikamenteallergie? Wenn ja welche: _____				
Haben Sie einen Allergiepass? Bitte zeigen!	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
8. Sind Sie zur Zeit in Behandlung?:				
Chemotherapie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Strahlenbehandlung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Bisphosphonattherapie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Homöopathische Behandlung (Globuli)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
9. Wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung/CT/Mammografie? _____				
10. Nur für Frauen. Sind Sie schwanger? Welcher Monat? _____				
11. Sind Sie HIV-positiv (AIDS)?			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Haben Sie einen Pflegegrad? Wenn ja welchen? _____			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Bestehen sonstige Erkrankungen? _____				

14. Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____				

Bitte 2. Seite beachten!!!!

	Ja	Nein
15. Erinnerung an die jährliche Kontrolle erwünscht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Erinnerung per Brief <input type="radio"/>		
SMS <input type="radio"/> Nr: _____		
E-Mail <input type="radio"/> Adresse: _____		
17. Haben Sie eine Zusatzversicherung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ich versichere hiermit, dass ich die Angaben nach meinem besten Wissen beantwortet habe.

Ich bestätige hiermit, dass ich bereits vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher telefonisch absagen muss (Bestellpraxis). Ich weiß, dass ich mich ansonsten im Annahmeverzug befinde und mir die Kosten des Honorarausfalles lt. Urteil vom AG Wetzlar (AZ: 32 C1826/03) in Rechnung gestellt werden können (1h à 50 €).

Unterschrift

Datum

Mit der Unterschrift wird versichert das der Anamnesebogen wahrheitsgemäß und vollständig ausgefüllt wurde.