

ANAMNESEBOGEN – Praxis Dr. Michael Stolz

Liebe Patientin, lieber Patient,
bestimmte Krankheiten und / oder Medikamente können
Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben.

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen **sorgfältig** aus. Er
wird Ihrer Karteikarte beigelegt. Die Angaben unterlie-
gen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliches:

| | | |
|------------------|--------------------|--------------|
| NAME: _____ | TEL: _____ | TEL.: _____ |
| | priv.: _____ | Arbeit _____ |
| VORNAME: _____ | HAUSARZT: _____ | |
| GEB.DATUM: _____ | TEL.: _____ | |
| STRASSE: _____ | ARBEITGEBER: _____ | |
| PLZ / ORT: _____ | TEL.: _____ | |

Versicherung:

Krankenkasse: _____

| | | | | | |
|-----------------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|
| gesetzlich versichert | <input type="checkbox"/> | Privat versichert | <input type="checkbox"/> | selbst | <input type="checkbox"/> |
| Zusatzversicherung | <input type="checkbox"/> | Beihilfe | <input type="checkbox"/> | Familienmitglied | <input type="checkbox"/> |

Sind Patient und Mitglied **nicht** identisch bitte ergänzen Sie die Daten des Versicherungsnehmers.

NAME: _____ VORNAME: _____ GEB.DATUM: _____

STRASSE: _____ PLZ / ORT.: _____

Gesundheitssituation

| | ja | nein | | ja | nein |
|--|--------------------------|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Künstliche Gelenke (Endoprothesen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schlaganfall | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Blutgerinnungsstörung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Allergien | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Herzerkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | wenn ja, welche _____ | | |
| Herzklappen oder Prothesen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schilddrüsenerkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Endokarditis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Augenerkrankungen, Glaucom | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Herzoperationen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Asthma, Lungenerkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lebererkrankungen / Hepatitis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nervenerkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rheuma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | HIV | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Epilepsie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Autoimmunkrankheit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Osteoporose | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sonstige | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sind Sie in den letzten 2 Jahren operiert worden? Wenn ja, warum? _____ | | | Wenn ja welche _____ | | |

Medikamente

| | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| Nehmen Sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung hemmen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nehmen Sie Bisphosphonate z. B. (Alendronsäure) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja welche _____ | | | Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? | | |
| Welche Medikamente nehmen Sie außerdem z. Z. ein? _____ | | | Wenn ja welche _____ | | |

bitte wenden

Sonstige Fragen

Wann wurden Sie (ungefähr) das letzte Mal geröntgt?

Welches Organ? _____

Leiden Sie unter Zahnfleischbluten? ja nein

Leiden Sie unter Mundgeruch? ja nein

Für Patientinnen
Sind Sie schwanger

Wünschen Sie diesbezüglich weitere
Informationen?

Rauchen Sie?

Gibt es sonst noch etwas, daß wir über Sie wissen sollten? (z.B. Angstzustände, Spritzenphobie, Depressionen)

Der Gesetzgeber **verpflichtet** uns, Sie diesen Bogen mindestens **jährlich** neu ausfüllen zu lassen. Wir bitten um Ihr Verständnis.

Datum

Unterschrift