



DR. CAROLIN BÖTING

Zahnarztpraxis

Allgemeiner Anamnesebogen

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Erziehungsberechtigte/r: _____

Geburtsdatum der/des Erziehungsberechtigten: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Gesetzliche Krankenkasse: _____

Private (Zusatz-)Versicherung: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf Ihre Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Er wird Ihrer Karteikarte beigelegt. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

Bitte ausfüllen bzw. Zutreffendes ankreuzen:

1. **Waren Sie innerhalb der letzten zwei Jahre im Krankenhaus oder in ärztlicher Behandlung?** O Ja O Nein

Wenn ja, weshalb? _____

2. **Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?** O Ja O Nein

Wenn ja, welche? _____

3. **Nehmen Sie Medikamente ein, welche die Blutgerinnung hemmen (z.B. Marcumar, Eliquis, Pradaxa, Xarelto)?** O Ja O Nein

Wenn ja, welche? _____



DR. CAROLIN BÖTING

Zahnarztpraxis

4. **Nehmen Sie Medikamente ein, die die Knochenbildung beeinflussen (z.B. Alendronat)?**
Wenn ja, welche? _____
Oder erhalten Sie eine jährliche Bisphosphonat-Infusion/-Spritze? Ja Nein
5. **Besitzen Sie eine Medikamentenliste?** Ja Nein
6. **Besitzen Sie einen Allergiepass?** Ja Nein
7. **Haben Sie eine**
- **Penicillinallergie?** Ja Nein
 - **Jodallergie?** Ja Nein
 - **Latexallergie?** Ja Nein
 - **Sonstige Allergien?** _____
8. **Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens?** Ja Nein
Wenn ja, welche? _____
- **Angeborener oder erworbener Herzfehler?** Ja Nein
 - **Herzklappenfehler oder Herzklappenprothese?** Ja Nein
 - **Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)?** Ja Nein
 - **Herzoperationen?** Ja Nein
 - **Haben Sie einen Herzschrittmacher?** Ja Nein
9. **Haben Sie eine Endoprothese (z.B. künstliches Hüftgelenk)?** Ja Nein
Wenn ja, welche? _____
10. **Haben oder hatten Sie eine Tumorerkrankung?** Ja Nein
Wenn ja, welche? _____
- Bekommen oder bekamen Sie eine Chemotherapie?** Ja Nein
 - Bekommen oder bekamen Sie eine Bestrahlung?** Ja Nein
11. **Leiden oder litten Sie an nachfolgenden Krankheiten?**
- **Infektionskrankheiten (z.B. Tuberkulose, Hepatitis, HIV)?** Ja Nein
 - **Lebererkrankungen?** Ja Nein
 - **Herzkrankungen (Herzinfarkt, Angina pectoris)?** Ja Nein
 - **Zu hoher Blutdruck?** Ja Nein
 - **Zu niedriger Blutdruck?** Ja Nein
 - **Schlaganfall?** Ja Nein
 - **Nierenerkrankungen?** Ja Nein
 - **Diabetes?** Ja Nein



DR. CAROLIN BÖTING

Zahnarztpraxis

- **Osteoporose?** Ja Nein
 - **Magen-Darmerkrankung?** Ja Nein
 - **Schilddrüsenerkrankung?** Ja Nein
 - **Rheumatismus/ rheumatisches Fieber?** Ja Nein
 - **Asthma/ Lungenerkrankungen?** Ja Nein
 - **Blutkrankheiten oder Blutgerinnungsstörungen?** Ja Nein
 - **Nervenerkrankungen?** Ja Nein
 - **Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)?** Ja Nein
 - **Sonstige Erkrankungen?** Ja Nein
- Wenn ja, welche? _____

12. **Haben Sie die Spritze beim Zahnarzt bisher gut vertragen?** Ja Nein

13. **Wann wurden Sie das letzte Mal geröntgt?** _____
In welchem Körperbereich? _____

14. **Bei Frauen:**
Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein
Wenn ja, in welcher Schwangerschaftswoche? _____

15. **Name und Anschrift des Hausarztes:** _____

16. **Möchten Sie in unser Recallsystem aufgenommen und somit an Ihre jährliche
Vorsorgeuntersuchung erinnert werden?** Ja Nein

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in

Nach Durchsicht und Prüfung bestätige ich, dass die vorangegangenen Angaben heute noch aktuell sind.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in