

Anamnesebogen

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.
(Diese Daten werden aller 2 Jahre aktualisiert)



ZAHNARZTPRAXIS
DR. KIRCHNER

Persönliches:

Name / Vorname

Geburtsdatum

Telefonnummer

E-Mail Adresse

▪ **Zahnzusatzversicherung?** Ja Nein

(z.B. für Mehrkostenfüllungen,
Professionelle Zahnreinigung &
Prothesenreinigung)

▪ **Bonusheft vorhanden?** Ja Nein **(Bitte zur Einsicht vorlegen !!!)**

▪ **Röntgenpass vorhanden?** Ja Nein

▪ **Mein Hausarzt** (für Not- und Zwischenfälle) : _____

▪ **Möchten Sie kostenfrei per E- Mail an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnert werden? (Recallsystem)**

Ja Nein

Unterschrift _____

Besteht oder bestanden bei Ihnen folgende Erkrankungen? (Zutreffendes ankreuzen)

Herz/Kreislauf:

- hoher Blutdruck
- niedriger Blutdruck
- Angina pectoris
- Herzschwäche
- Herzinfarkt
- Herzmuskelentzündung
- Herzklappenentzündung
- künstliche Herzklappe / Bypass
- Rhythmusstörungen
- Herzschrittmacher
- Schlaganfall

Blut:

- Thrombose
- Gerinnungen
(Nachbluten nach OPs,
häufiges Nasenbluten; schnell blaue Flecken)

Gerinnungshemmende Medikamente:

- Plavix/Iscover/Clopidogrel/Xarelto/ Lyxantin
- Marcumar/Phenprocoumon
- Aspirin/ASS
- oder andere _____

Atemwege/Lunge:

- chronische Bronchitis
- Lungenentzündung
- Tuberkulose
- Asthma
- Schlafapnoe

Augen:

- Grüner Star / Grauer Star

Skelettsystem/Knochen:

- Osteoporose/Knochenabbau
- Gelenkerkrankungen/Rheuma

Stoffwechsel:

- Zuckerkrankheit
- Schilddrüsenunter-/überfunktion

Nerven/Gemüt:

- Epilepsie
- Depressionen / Angstzustände
- Demenz

Bitte wenden! RÜCKSEITE!

Leber:

- Leberzirrhose
 Hepatitis **A** **B** **C**

Magen/Darm:

- Verdauungsstörungen
 Refluxkrankheit
 Morbus Crohn/Colitis ulcerosa

Allergien:

- Nahrungsmittel
 Antibiotika (z.B. Penicillin)
 Schmerzmittel

Regelmäßige Medikamente:

- Blutdruckmedikamente
 Psychopharmaka
 Herzmedikamente
 Rheumamittel
 Schmerzmittel

Weitere Angaben:

▪ Besteht ein Pflegegrad? Ja Nein

▪ Betreuer/ Vormund? Ja Nein

▪ Sind Sie schwanger? Ja Nein

▪ Risikoschwangerschaft? Ja Nein

▪ Rauchen Sie? Ja Nein

▪ **ungewöhnliche Reaktionen auf zahnärztl. Behandlungsmaßnahmen, z.B. bei**

- Spritzen (verzögerte Reakt. auf Injektion)
 Medikamente, Einlagen, Spülungen

▪ **Besteht eine Unverträglichkeit gegenüber Alkoholischen Mundspüllösungen?**

Nieren:

- Nierensteine
 Nierenentzündung
 Dialysepflichtig

Immunschwäche:

- Blutkrebs
 AIDS/HIV
 Bestrahlung/Chemotherapie

- Latex
 Metalle
 Sonstiges: _____

- Bisphosphonate
 Antibiotika (letzte 3 Monate)
 Cortison
 Osteoporosemittel
 Antibabypille

Wenn Ja, Pflegegrad: _____

Name: _____

Adresse: _____

▪ **Auffälligkeiten im Mund/Zahn-Bereich:**

- temperaturempfindliche Zähne
 Zahnfleischbluten/Parodontitis
 Stellungsveränderung der Zähne oder Lockerung der Zähne
 Zahnverlust durch Karies
 Schnarchen
 Zähneknirschen

Ja Nein

Ja Nein

Die obigen Angaben entsprechen meinem derzeitigen Kenntnisstand.

Ich willige der Erhebung, der elektronischen Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten unter Beachtung der einschlägigen Vorschriften der nationalen Datenschutzgesetze sowie der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) ein.

Die Patienteninformation zur Datenschutz-Grundverordnung liegt im Wartezimmer aus.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Aktualisiert: _____
(Datum + Unterschrift)