

# Zahnarzt Anamnesebogen

ZAP Anna Fenski  
Altgorbitzer Ring 62 / 01169 Dresden  
T 0351 41 22 307



Herzlich willkommen in unserer Praxis. Bevor wir uns Ihren zahnmedizinischen Problemen und Wünschen widmen können, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist für eine adäquate und risikominimierte Behandlung unverzichtbar. Bitte füllen Sie die Vorder- und Rückseite vollständig aus. Dieser Erhebungsbogen wird Ihren persönlichen Unterlagen beigelegt. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht sowie den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

<input type="text"/>	<input type="radio"/> m <input type="radio"/> w
Nachname und Vorname	Geburtsdatum, Geschlecht
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße und Hausnummer	Postleitzahl und Wohnort
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon privat	Telefon mobil
<input type="text"/>	
E-Mail-Adresse	
<input type="text"/>	
Name der Versicherung / Krankenkasse	
<input type="text"/>	
Hausarzt: Name / Adresse / Telefon	



Besteht eine rechtliche Betreuung?  ja  nein  
Wenn ja, wer?

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nachname und Vorname	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse	Telefonnummer

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Legen Sie Wert darauf, ins Recall-System aufgenommen zu werden?

ja  nein

Regelmäßig erhalten Sie somit eine Erinnerungskarte für die jährliche Vorsorgeuntersuchung, gern auch per E-Mail (bitte oben E-Mailadresse angeben).

per E-Mail

Besteht ein Pflegegrad?

ja  nein

Wenn ja, welcher?

1  2  3  4



### Herz-Kreislauf-Erkrankungen

- Hoher Blutdruck (Hypertonie)  ja  nein
- Niedriger Blutdruck (Hypotonie)  ja  nein
- Zustand nach Herzinfarkt, Herz-OP  ja  nein
- Bypass  ja  nein
- Herzklappenfehler, künstliche Herzklappe  ja  nein
- Herzinnenhauterkrankung (Endokarditis)  ja  nein
- Herzschrittmacher  ja  nein
- Ohnmachtsneigung  ja  nein
- Sonstige  ja  nein

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Wenn ja, Endokarditis-Prophylaxe notwendig?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

### Immunsupprimierte Patienten

- Hochgradige Neutropenie  ja  nein
- Mukoviszidose-Erkrankung  ja  nein
- Organtransplantiert  ja  nein
- Stammzellentransplantiert  ja  nein

### Infektionserkrankungen

- Lebererkrankung/Hepatitis  ja  nein
- Tuberkulose  ja  nein
- HIV-Infektion/Stadium AIDS  ja  nein
- Chronische Atemwegserkrankung  ja  nein
- MRSA  ja  nein
- Sonstige  ja  nein

Wenn ja, welcher Typ? \_\_\_\_\_

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

### Sonstige Krankheitsbilder

- Zuckerkrankheit (Diabetes)  ja  nein
- Schilddrüsenerkrankung  ja  nein
- Anfallsleiden (Epilepsie)  ja  nein
- Blutungsneigung (Hämophilie)  ja  nein
- Blutarmut (Anämie)  ja  nein
- Nervenerkrankung  ja  nein
- Nierenerkrankung  ja  nein
- Osteoporose  ja  nein
- Rheuma/Arthritis  ja  nein
- Sonstige  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

## Allergien bzw. Unverträglichkeiten

Antibiotika/Penicillin	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Wenn ja, welche? _____
Lokalanästhesie	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Wenn ja, welche? _____
Schmerzmittel	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Wenn ja, welche? _____
Metalle	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Wenn ja, welche? _____

Bitte legen Sie Ihren Allergiepass bei!

Tumorerkrankung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Wenn ja, welche? _____ <input type="radio"/> in Therapie <input type="radio"/> ausgeheilt
-----------------	--------------------------	----------------------------	--

Erhalten Sie Chemotherapie?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Wenn ja, seit wann? _____
-----------------------------	--------------------------	----------------------------	---------------------------

Erhalten Sie Strahlentherapie?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Wenn ja, seit wann? _____
--------------------------------	--------------------------	----------------------------	---------------------------

## Einnahme von Medikamenten

Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
-------------------------------------	--------------------------	----------------------------

Wenn ja, welche:

Blutverdünnende Medikamente (ASS, Clopidogrel, Heparin, Marcumar, Falithrom)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Bisphosphonate/Denosumab	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Antidepressiva	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Hoch dosierte Steroide	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Immunsuppressiva	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Herzmedikamente	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Sonstige Medikamente	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

## Drogenkonsum

Rauchen Sie?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
--------------	--------------------------	----------------------------

Besteht eine Alkoholabhängigkeit?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
-----------------------------------	--------------------------	----------------------------

Besteht eine andere Drogenabhängigkeit? (auch Aufputschmittel, Schlafmittel)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
---	--------------------------	----------------------------

Wenn ja,  0–10  über 10 Zigaretten pro Tag

Patientinnen: Sind Sie schwanger?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
-----------------------------------	--------------------------	----------------------------



Der Speicherung der Daten stimme ich zu.

Ich versichere, dass ich Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen informiere. Auch verpflichte ich mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigter