

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"/>	Autoimunkrankheit	<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