

Zahnarztpraxis
Anette Maria Kolb
Haingasse 6
61348 Bad Homburg
Tel.: 06172- 288868
anette.kolb@t-online.de

ALLGEMEINER ANAMNESEBOGEN

Name:.....

Vorname:.....

Geburtsdatum:.....

Geburtsort:.....

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!)

- Waren Sie innerhalb der letzten zwei Jahren im Krankenhaus
oder in ärztlicher Behandlung? Ja Nein
Wenn ja, wann?
und warum?
1. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein
Wenn ja, welche?.....
.....
2. Nehmen Sie Medikamente ein, welche die Blutgerinnung
hemmen (z.B. Marcumar)? Ja Nein
Wenn ja, welche?.....
3. Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? Ja Nein
Wenn ja, welche?.....
.....
4. Besitzen Sie einen Allergiepass? Ja Nein
5. Neigen Sie zu allergischen Reaktionen? Ja Nein
– Bei bestimmten Materialien? Ja Nein
wenn ja, welche
- Bei bestimmten Arzneimitteln? Ja Nein
wenn ja, welche
- Bei bestimmten Nahrungsmitteln? Ja Nein
wenn ja, welche

6. Haben Sie eine
- Penicillinallergie? Ja Nein
 - Jodallergie? Ja Nein
 - Latexallergie? Ja Nein
7. 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 oder einen Defi? Ja Nein
8. Leiden oder litten Sie an nachfolgenden Krankheiten?
- Infektionskrankheiten (z.B. Tuberkulose, Hepatitis, Aids)? Ja Nein
 - Lebererkrankungen? Ja Nein
 - Herzerkrankungen (Herzinfarkt, Angina pectoris)? Ja Nein
 - Zu hoher Blutdruck? Ja Nein
 - Zu niedriger Blutdruck? Ja Nein
 - Schlaganfall? Ja Nein
 - Nierenerkrankungen? Ja Nein
 - Diabetes? 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?
9. Sind Sie im letzten Jahr operiert worden? Ja Nein
- Wenn ja, in welchem Körperbereich?
10. Haben / hatten Sie Verletzungen im Kiefer-Gesichtsbereich? Ja Nein
11. Haben Sie die Spritze beim Zahnarzt bisher gut vertragen? Ja Nein
12. Trat nach einer Zahnentfernung eine Nachblutung auf? Ja Nein
13. Ist bei Ihnen eine Zahnbehandlung im Zusammenhang mit einem Allgemeinleiden durchgeführt worden? Ja Nein
14. Wann sind Sie das letzte Mal geröntgt worden?
In welchem Körperbereich?
-

15. **Bei Frauen:**

Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein

Wenn ja, in welchem Monat?.....

16. Name und Anschrift des Hausarztes:.....

.....

.....

17. Gibt es einen bestimmten Grund, warum Sie uns aufsuchen (Zweitmeinung, Beschwerden, Routinekontrolle etc.)?

.....

.....

18. Haben Sie besondere Wünsche bzgl. der Behandlung, Terminierung etc., die Sie uns mitteilen möchten?

.....

.....

18.1 Möchten Sie an unserem Recallprogramm teilnehmen und nach individuell festgelegtem Intervall an Ihre Vorsorgetermine erinnert werden.

Ja Nein

18.2. Zusatzversicherung

Ja Nein

18.3. Beihilfe

Ja Nein

18.4 Wie sind sie auf uns aufmerksam geworden:

Internet

Jameda unter welchem Stichwort

Heilpraktiker wenn ja, von wem

Bekannter wenn ja, von wem

Arzt wenn ja, von wem

Telefonbuch

Gelbe Seiten

Citylight- Poster Schlossgarage

Notdienst

Bitte beachten Sie die folgenden Hinweise zur Lokalanästhesie:

Nach einer örtlichen Betäubung im Mund-, Gesichts- und Kieferbereich kann Ihr Verhalten im Straßenverkehr beeinträchtigt sein!

.....
Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

(bei Minderjährigkeit Unterschrift es Erziehungsberechtigten)