

Anamnesebogen

Name, Vorname des **Patienten**:

Straße: PLZ/Ort:

geb. am: Telefon/ E-Mail:

Versicherter: geb. am:

Straße: PLZ/Ort:

Telefon (privat): (dienstlich):

Krankenkasse/private Versicherung: Beihilfestelle:

(bei Kassenpatienten): freiwillig versichert? ja nein Beruf: Hausarzt:

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau! Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Herz-/ Kreislaferkrankungen:

Hoher/niedriger Blutdruck: ja nein Herzschrittmacher: ja nein

Herzklappenfehler: ja nein Herzoperation: ja nein

Herzklappenersatz: ja nein Endokarditis: ja nein

Organtransplantiert/ Stammzellentransplantiert ja nein

Bluterkrankungen/ Blutgerinnungsstörungen ja nein

Mukoviszidose-Erkrankung ja nein **Anfallsleiden (Epilepsie) /Ohnmachtsanfälle** ja nein

Asthma/Lungenerkrankungen ja nein **Diabetes/Zuckerkrankheit** ja nein

Drogenabhängigkeit ja nein **Nervenerkrankung** ja nein

Nierenerkrankungen ja nein **Schilddrüsenerkrankung** ja nein

Osteoporose/Rheuma/Arthritis ja nein **Raucher** ja nein

Sonstiger Erkrankungen ja nein **Operationen im Krankenhaus** Datum:

Infektiöse Erkrankungen:

HIV-Infektion/Stadium AIDS ja nein Lebererkrankung/Hepatitis ja nein

Tuberkulose/MRSA/Sonstige ja nein Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) ja nein

Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

Lokalanästhesie/Spritzen ja nein Antibiotika ja nein

Schmerzmittel ja nein Metalle ja nein

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein Wenn ja, in welchem Monat? Monat

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden? Wenn ja, wann?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit? seit

Sind Sie an unserem Prophylaxeprogramm interessiert ja nein

Ich bin an die Erinnerung zur jährlichen/halbjährlichen Untersuchung einverstanden. ja nein

(Die Regelmäßige Kontrolluntersuchung ist wegen des Bonus-Systems der Krankenkassen notwendig.)

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Freiburg, den:

Unterschrift: