



Tel. (06806) 2375
Fax (06806) 440763

Patienten - Anamnesebogen

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Straße/Hausnummer:

PLZ/Ort:

Krankenversicherung:

Telefon / Fax / E-mail:

Telefon dienstlich:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf Ihre Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus! Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung auf Sie einzustellen.

1. Mit welchem Anliegen suchen Sie uns heute auf? Was können wir für Sie tun?

2. Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

(Falls **ja**, bitte ankreuzen)

- Herzerkrankung
- Herzfehler
- Herzklappenfehler
- Angina pectoris
- Herzinfarkt
- Entzündung am Herzen
- Haben Sie einen Herzpass?
- Kreislauferkrankung
- Durchblutungsstörungen
- Schlaganfall
- Blutgerinnungsstörungen
- Neigen Sie zu längeren Nachblutungen nach Schnittverletzungen oder Zahnentfernung?
- Hoher Blutdruck
- Niedriger Blutdruck
- Nervenerkrankung
- Krampfanfälle (Epilepsie)
- Grüner Star/ grauer Star
- Lebererkrankung / Hepatitis A, B, C, Zirrhose
- Magen-, Darmerkrankung
- Nierenerkrankung
- Schilddrüsenerkrankung (Über-, Unterfunktion, Struma, OP)
- Lungenerkrankung

- Asthma
- Zuckerkrankheit (Diabetes)
- Hauterkrankung
- Infektionserkrankung z.B. Tuberkulose, HIV, Gelbsucht, Geschlechtskrankheiten
- Rheuma / rheumatisches Fieber
- Überempfindlichkeit gegen Medikamente (bes. Anästhetika, Penicillin, andere Antibiotika, Jod...)
- Überempfindlichkeit gegen zahnärztliche Werkstoffe, Latexallergie
- Haben Sie einen Allergiepass?
- Heuschnupfen oder andere Allergien

3. Haben Sie sonstige bisher nicht erwähnte Erkrankungen?

4. Haben Sie die Spritze beim Zahnarzt immer gut vertragen?

5. Wurden oder werden Sie regelmäßig ärztlich behandelt?

ja nein

6. Anschrift Ihres Hausarztes:

Bitte wenden und Rückseite beachten!

7. Gibt es weitere medizinische Besonderheiten?

(Falls **ja**, bitte ankreuzen)

- Steht bei Ihnen eine Transplantation an?
- Ist Herzklappenersatz vorgesehen?
- Haben Sie einen Herzschrittmacher?
- Werden Sie dialysiert?
- Wurde bei Ihnen eine Chemo- oder Strahlentherapie durchgeführt?
- Hatten Sie Operationen (auch außerhalb des Kieferbereiches, bitte angeben)?

8. Nehmen oder nahmen Sie folgende Medikamente ein?

- Bisphosphonate** (bei Osteoporose, Knochenmetastasen bei Brustkrebs)
- Blutverdünnung z.B. Marcumar, ASS...
- Schmerzmittel
- Herz-, Kreislaufmittel
- Kortison
- Antibiotika
- Psychopharmaka
- Antidepressiva
- Beruhigungsmittel
- Andere Medikamente:
- Alkohol, Zigaretten, Drogen

9. Bei Frauen: Sind Sie schwanger, wenn ja, in welchem Monat?

- Ja**, ____ Monat **Nein**

10. Wichtige Informationen für Sie:

- a. Wir weisen darauf hin, dass die Verkehrstüchtigkeit und die Konzentrationsfähigkeit zum Führen von Maschinen unter dem Einfluss verabreichter Injektionen und Medikamente unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann.
- b. **WICHTIG!** Patienten mit Osteoporose, Morbus Paget und Knochenmetastasen bei Krebserkrankungen erhalten häufig **Bisphosphonate** (Infusion, Tabletten). Diese bleiben **lebenslang** im Knochen wirksam. Bei Zahnextraktionen und operativen Eingriffen können diese dann zu **nicht heilenden Defekten und Knochennekrosen (toter Knochen) führen. Bitte informieren Sie uns, wenn Sie Bisphosphonate** (Actonel, Aredia, Bondronat, Bonafos, Clodron, Didronel, Fosamax, Ostac, Skelid, Zometa) **erhalten haben!**
- c. Zahnärztliche Injektionen, insbesondere Leitungsanästhesien, bergen, wenn auch nur in seltenen Fällen, das Risiko bleibender bzw. vorübergehender Schäden wie z.B. Kanülenbruch, Gefühlsstörungen im betreffenden Gebiet, Nekrosen (Gewebstod), Abszessen.

Ich wurde hiermit über die Risiken aufgeklärt und bin mit der Anästhesie im Bedarfsfall einverstanden.

Unterschrift Patient/in bzw. gesetzlicher Vertreter:

11. Recallverfahren – Unser Service für Sie

Um unsere Patienten möglichst umfassend betreuen zu können, bieten wir Ihnen die Möglichkeit des Recallverfahrens an. Sie können von uns schriftlich oder telefonisch an Ihren nächsten Termin zur Kontrolluntersuchung, zur regelmäßigen Prophylaxe, u.v.m. erinnert werden.

Ja

Nein

Sind Sie mit der Benachrichtigung einverstanden?

12. Röntgen

Röntgenaufnahmen von Zähnen und Kiefern geben wichtige Informationen vor und während der Behandlung. Wir möchten um Ihr Einverständnis bitten, die bei der Behandlung notwendigen Röntgenbilder machen zu dürfen. Wir verpflichten uns, die Anzahl der Aufnahmen auf das nötige Mindestmaß zu begrenzen. Sind bei Ihnen innerhalb der letzten 12 Monaten Zahn- bzw. Kieferaufnahmen gemacht worden? Wenn ja, wann und wo?

Ja, Datum:
bei: _____

Nein

Ich bin mit der notwendigen Anfertigung von Röntgenaufnahmen einverstanden.

Unterschrift Patient/in bzw. ges. Vertreter:

13. Terminvergabe

Bitte sagen Sie uns rechtzeitig Bescheid, wenn Sie einmal einen Termin nicht einhalten können. Wir halten diese **Zeit nur für Sie frei**, es entstehen uns sonst Leerzeiten. Der Gesetzgeber gestattet es im Falle des unentschuldigtem Fernbleibens, ein Ausfallgeld in Rechnung zu stellen.

Datum:

Unterschrift Patient/in bzw. ges. Vertreter:

Unterschrift Zahnarzt:
