



**Anamnesebogen Dr. med. dent. Martin Winter**

**Patient:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
 Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_  
 Geburtsort: \_\_\_\_\_ Geburtsname: \_\_\_\_\_  
 Telefon/Privat: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_  
 Beruf: \_\_\_\_\_  
 Name der Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Beihilfe: Ja  Nein

**Bei Patienten unter 18 Jahren, sowie Ehepartnern (Familierversicherung):**

**Mitglied:** Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Überweisender Arzt/Zahnarzt:** \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

**Hausarzt:** \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

**viele Krankheiten können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte füllen sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, Ihren Gesundheitszustand bei der Behandlung zu berücksichtigen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.**

Besteht bei Ihnen eine <b>schwerwiegende Erkrankung</b> ? Wenn ja, welche? _____ _____	Ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie eine <b>Blutgerinnungsstörung</b> ? Welche? _____ Benutzen Sie <b>Blutverdünner</b> ? Welchen? _____	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Erhalten oder erhielten Sie ein <b>Medikament</b> zur Behandlung einer <b>Osteoporose</b> oder eines <b>Tumors/Metastase im Knochen</b> ? Welches? _____	Ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
<b>Herz</b> Haben Sie <b>Bluthochdruck</b> ? Besteht eine <b>Herzerkrankung</b> ? Wenn ja, welche? _____ Hatten Sie <b>Herzoperationen</b> ? Wenn ja, wann? _____ Besitzen Sie einen <b>Herzpass</b> ? Wenn ja, bitte vorlegen!! Ist eine <b>Endokarditisprophylaxe</b> (antibiotische Abschirmung vor chirurgischen Eingriffen) erforderlich?	Ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie eine <b>Gelenkprothese</b> (z.B. künstliches Knie- oder Hüftgelenk); wenn ja, wo genau und seit wann? _____ Ist eine antibiotische Abschirmung vor chirurgischen Eingriffen erforderlich?	Ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

<b>Allergien</b> Besteht eine <b>Allergie</b> ? Insbesondere gegen <b>Antibiotika</b> oder zahnärztliche <b>Lokalanästhesie</b> ? Wenn ja, welche? _____ Besitzen Sie einen <b>Allergiepass</b> ? Wenn ja, bitte vorlegen !!	Ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
<b>Grüner Star (Glaukom)</b> Wenn ja, welche Form? _____	Ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
<b>Zuckerkrankheit (Diabetes)</b> Haben Sie eine <b>Zuckerkrankheit</b> ? Wenn ja, spritzen Sie Insulin?	Ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
<b>Infektionskrankheiten:</b> Besteht eine <b>Hepatitis</b> ? Wenn ja, welcher Typ?    A <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Haben Sie <b>Tuberkulose</b> ? Sind Sie <b>HIV positiv</b> ?	Ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
<b>Anfallsleiden (Epilepsie)</b> Wenn ja, welche? _____	Ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
<b>Magen-Darmerkrankung</b> Wenn ja, welche? _____	Ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
<b>Nierenerkrankung</b> Wenn ja, welche? _____	a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
<b>Lebererkrankung</b> Wenn ja, welche? _____	Ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
<b>Lungenerkrankung</b> Wenn ja, welche? _____	Ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
<b>Rheuma?</b>	Ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Sind Sie <b>Raucher</b> ?	Ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
<b>Schwangerschaft</b> Sind Sie <b>schwanger</b> ? Wenn ja, wievielte Woche? _____	Ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
<b>Welche Medikamente nehmen Sie? Oder, falls vorhanden, geben Sie uns bitte Ihre Medikamentenliste zum Scannen.</b>	

**Bitte beachten!!!**

**Örtliche Betäubung hat zur Folge, dass Sie 1 Stunde nicht und 24 Stunden nur eingeschränkt fahrtüchtig sind. Bitte berücksichtigen Sie dies bei Planung Ihrer Behandlungstermine.**

Unterschrift: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_