



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

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

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: _____