

## Anamnesebogen

**Herzlich willkommen** in unserer Praxis! Bevor wir über Ihre zahnmedizinischen Wünsche sprechen, benötigen wir neben Ihren Personalien auch einige Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung, da bestimmte Maßnahmen und Medikamente bei einigen Erkrankungen nicht eingesetzt werden dürfen. Für Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Bitte machen Sie folgende Angaben nach bestem Wissen:

**Name** \_\_\_\_\_ **Vorname** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum** \_\_\_\_\_ **Geschlecht**  weiblich  männlich

**Straße** \_\_\_\_\_ **PLZ Ort** \_\_\_\_\_

**Telefon privat** \_\_\_\_\_ **tagüber** \_\_\_\_\_ **mobil** \_\_\_\_\_

**E-Mail** \_\_\_\_\_ **Beruf** \_\_\_\_\_

**Versicherung** \_\_\_\_\_  gesetzlich  privat  beihilfeberechtigt

Gesetzlicher Vertreter bei Personen unter 18 Jahren, Geschäftsunfähigen o. beschränkt Geschäftsfähigen:

**Name** \_\_\_\_\_ **Vorname** \_\_\_\_\_

**Telefon privat** \_\_\_\_\_ **tagüber** \_\_\_\_\_ **mobil** \_\_\_\_\_

**Straße** \_\_\_\_\_ **PLZ Ort** \_\_\_\_\_

**Möchten Sie an einen Kontrolltermin per E-Mail erinnert werden?**  Ja  Nein

Bitte machen Sie folgende Angaben nach bestem Wissen:

### Herzkrankungen

- Herzschwäche (HerzInsuffizienz)
- Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)
- Herzschrittmarker

### Kreislaferkrankungen

- Hoher Blutdruck
- Niedriger Blutdruck
- Zustand nach Herzinfarkt
- Einnahme gerinnungshemmender Medikamente
- Ohnmachtsanfälle

### Bluterkrankungen

- Blutarmut (Anämie)
- Blutungsneigungen (Hämophilie)

### Stoffwechselerkrankungen

- Diabetes
- Magen-Darm-Erkrankung
- Schilddrüsenerkrankung

### Nervenleiden

- z. B. Epilepsie

# Anamnesebogen

## Atemwege/Lunge

- Asthma
- COPD
- Chronische Bronchitis

## Infektionskrankheiten

- z.B. Tuberkulose, MRSA

## Nierenerkrankungen

- Welche? \_\_\_\_\_

## Lebererkrankungen

- Hepatitis
- Andere \_\_\_\_\_

## Immunschwäche

- HIV
- Andere \_\_\_\_\_

## Rheuma

- Welches? \_\_\_\_\_

## Konsumgewohnheiten

- Rauchen
- Alkohol

## Allergien

- Welche? \_\_\_\_\_

**Medikamente**, die regelmäßig eingenommen werden \_\_\_\_\_

**Weitere Erkrankungen**, die hier nicht erwähnt wurden \_\_\_\_\_

Welche letzte **Röntgenuntersuchung** vor \_\_\_\_\_

Für Patientinnen  **Schwangerschaft** im Monat \_\_\_\_\_

**Ihr Hausarzt** \_\_\_\_\_ **Telefon** \_\_\_\_\_

Informationen zur **Lokalanästhesie**: Im Allgemeinen wird die Lokalanästhesie sehr gut vertragen. Unerwünschte Nebenwirkungen lassen sich leider nicht immer vermeiden. Mögliche Komplikationen:

- Schmerzende Einstichstelle
- Lokale Infektion durch Verschleppung von Keimen aus dem Speichel ins Gewebe
- Unabsichtliche Selbstverletzung (z.B. durch Wangenbiss)
- Bluterguss
- Blitzartiger Schmerz oder Missempfinden durch Berührung des Nervs
- Überempfindlichkeit oder allergische Reaktion, Kreislaufkollaps, Bewusstlosigkeit
- Intoxikation

**Wichtig: Nach einer örtlichen Betäubung sind sie nicht fahrtüchtig!**

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen **Schweigepflicht** und den Bestimmungen des **Datenschutzes** und werden daher streng vertraulich behandelt. Bitte teilen Sie uns jede **Änderung der Anschrift, des Gesundheitszustandes, von Medikamenteneinnahmen** u. bei Frauen eine eventuelle **Schwangerschaft** mit! Wir bitten Sie, die **vereinbarten Termine einzuhalten** o. rechtzeitig (2 Tage vorher) abzusagen.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die obigen Informationen gelesen und verstanden habe. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.

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