

ALLGEMEINER ANAMNESEBOGEN

Name:..... Vorname:..... Geb.datum:.....

Bitte ausfüllen bzw. zutreffendes ankreuzen!

Waren Sie innerhalb der letzten zwei Jahren im Krankenhaus oder in ärztlicher Behandlung? Ja / Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja / Nein

Wenn ja, welche?.....

Nehmen Sie Medikamente ein, welche die Blutgerinnung hemmen (z.B. Marcumar)? Ja / Nein

Wenn ja, welche?.....

Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? Ja / Nein

Wenn ja, welche?.....

Besitzen Sie einen Allergiepass? Ja / Nein

Besitzen sie einen Pflegegrad? Ja / Nein

Wenn ja, welchen?.....

Erhalten Sie Eingliederungshilfe Ja / Nein

Neigen Sie zu allergischen Reaktionen? Ja / Nein

Bei bestimmten Materialien? Ja / Nein

Bei bestimmten Arzneimitteln? Ja / Nein

Bei bestimmten Nahrungsmitteln? Ja / Nein

Haben Sie eine... Ja / Nein

Penicillinallergie? Ja / Nein

Jodallergie? Ja / Nein

Latexallergie? Ja / Nein

Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens? Ja / Nein

Wenn ja, welche?.....

Besitzen Sie einen Herzpass? Ja / Nein

Leiden oder litten Sie an nachfolgenden Krankheiten? Ja / Nein

Infektionskrankheiten (z.B. Tuberkulose, Hepatitis, Aids)? Ja / Nein

Lebererkrankungen? Ja / Nein

Herzerkrankungen (Herzinfarkt, Angina pectoris)? Ja / Nein

Zu hoher / zu niedriger Blutdruck? Ja / Nein

Schlaganfall? Ja / Nein

Nierenerkrankungen? Ja / Nein

Diabetes? Ja / Nein

Magen-Darmerkrankung? Ja / Nein

Schilddrüsenerkrankung? Ja / Nein

Rheumatismus/ rheumatisches Fieber? Ja / Nein

Asthma/ Lungenerkrankungen? Ja / Nein

Blutkrankheiten oder Blutgerinnungsstörungen? Ja / Nein

Nervenerkrankungen? Ja / Nein

Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)? Ja / Nein

Sonstige Erkrankungen? Ja / Nein

Wenn ja, welche?

Haben / hatten Sie Verletzungen im Kiefer-Gesichtsbereich? Ja / Nein

Haben Sie die Spritze beim Zahnarzt bisher gut vertragen? Ja / Nein

Trat nach einer Zahnentfernung eine Nachblutung auf? Ja / Nein

Ist bei Ihnen eine Zahnbehandlung im Zusammenhang mit einem Allgemeinleiden durchgeführt worden? Ja /Nein

Wann sind Sie das letzte Mal geröntgt worden?

Besitzen Sie einen Röntgenpass? Ja / Nein

Besteht eine Schwangerschaft? Ja / Nein

Name und Ort des Hausarztes:.....

.....

Haben Sie besondere Wünsche bzgl. der Behandlung, Terminierung etc., die Sie uns mitteilen möchten?

.....

Die Patienteninformation zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen und stimme zu. Ja / Nein

Ich wünsche eine telefonische Benachrichtigung für die regelmäßige Kontrolluntersuchung Ja / Nein

Meine aktuelle Telefonnummer lautet:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

Zahnarztpraxis S. Crepon
Wichernstr. 30
06886 Lutherstadt Wittenberg
Tel.: 03491/ 410 102

