

Patientenauskunft über den aktuellen Gesundheitszustand (Anamnese)

Liebe Patientin, lieber Patient,

um Ihre zahnmedizinische Behandlung optimal und Ihren Wünschen entsprechend gestalten zu können, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Füllen Sie deshalb bitte nachstehenden Fragebogen sorgfältig aus. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.

Patient

Name: Vorname:

geb. am:

Straße: Ort:

Telefon: E-Mail:

Krankenkasse:

Die Praxis wurde mir empfohlen von:

Versicherter (nur ausfüllen, falls anders als unter „Patient“ angegeben)

Name: Vorname:

geb. am:

Straße: Ort:

Zutreffendes bitte ankreuzen und ggf. näher erläutern:

1. Leiden oder litten Sie jemals unter einer der folgenden Erkrankungen / gesundheitlichen Störungen ?

- Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis B/C, HIV positiv, Tbc, ...). Welche?
- Herzerkrankungen (z.B. Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzschwäche) Haben Sie einen Herzschrittmacher?
- Kreislauferkrankungen (z.B. hoher oder niedriger Blutdruck) Gefäßerkrankungen (z.B. Schlaganfall)
- Allergische Reaktionen (z.B. gegen Medikamente) Blutkrankheiten (z.B. Blutarmut, Gerinnungsstörungen)
- Nierenerkrankungen Lebererkrankungen
- Lungen- und Atemwegserkrankungen (z.B. Asthma) Augenerkrankungen (z.B. grüner Star, Glaukom)
- Stoffwechselstörungen (z.B. Diabetes, Schilddrüsenkrankungen)
- Gehirn- und Nervenerkrankungen (z.B. Anfallsleiden, Epilepsie)
- Sonstige Erkrankungen. Welche?

2. Leiden Sie unter Unverträglichkeiten gegen Medikamente und / oder Spritzen ? Ja Nein

3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente (z.B. für Blutverdünnung)? Welche?

4. Nur für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft ?

- Ja Nein Ungewiss, ob Schwangerschaft besteht

Um unseren Patientinnen und Patienten die regelmäßigen Kontrolluntersuchungen zu erleichtern, bieten wir die Teilnahme an unserem Recall-Service an. Deshalb möchten wir Sie bitten anzukreuzen, ob Sie diesen Service in Anspruch nehmen und von uns regelmäßig an Ihren Kontrolltermin erinnert werden möchten.

Ja **und zwar** schriftlich telefonisch oder per E-Mail

Nein

Hinweis: Die zahnärztliche Lokalanästhesie ist ein sicheres Verfahren zur Schmerzausschaltung im Zahn-, Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich. Jedoch sind Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten der verwendeten Substanzen nicht unbedingt vermeidbar. Ferner kann es zu Komplikationen wie Hämatome, Nervschädigungen und Verkehrsuntüchtigkeit kommen.

Ich verpflichte mich, eintretende Änderungen des Gesundheitszustandes der behandelnden Zahnärztin mitzuteilen.

Datum:..... Unterschrift:.....