

ANAMNESEBOGEN

Zahnzentrum Tim Fürst & Kollegen
Staedtlerstr. 5 – 91126 Schwabach – Tel.: 0 91 22 / 873 23 53

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
bitte nehmen Sie sich die Zeit für diesen Fragebogen, er umfasst **zwei Seiten**, in Ruhe auszufüllen.
Die gewissenhafte Beantwortung der Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand ist wichtig um für Ihre
Behandlung die geeigneten Behandlungsverfahren und Medikamente auswählen zu können. Sollten sich
im Laufe der Zeit, in der Sie in unserer Praxis betreut werden, Änderungen an den nachfolgend von Ihnen
gemachten Angaben ergeben, bitten wir Sie, uns diese umgehend mitzuteilen. Alle Angaben unterliegen
selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.
Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Ihr Praxisteam

	Patient:	Hauptversicherter:
Name:		
Vorname:		
Geburtsdatum:		
Str. & Hausnr.:		
PLZ & Ort:		
Tel.:		
Beruf:		
Arbeitgeber:		
Tel. geschäftl.:		
Krankenkasse:		

- pflichtversichert freiwillig gesetzlich versichert privat versichert
 Beihilfe private Zusatzversicherung Standardtarif (privat)
 nicht versichert

Wie haben Sie von uns erfahren? _____

Wer ist Ihr Zahnarzt / Überweiser? _____

Wer ist Ihr Hausarzt / Internist? _____

Tel.: _____

Sind Sie zurzeit in ärztl. / therapeut. Behandlung? ja nein

Wenn ja, bei welchem Arzt / Therapeut ? _____

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____

Bitte wenden ⇨

ANAMNESEBOGEN

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Reagieren Sie allergisch auf Medikamente oder andere Stoffe? Wenn ja, auf welche?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Besitzen Sie einen Allergiepass ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sind bei zahnärztlichen oder chirurgischen Behandlungen bzw. durch Verletzungen länger andauernde Blutungen aufgetreten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie gerinnungshemmende Mittel (z.B. Marcumar, Aspirin, o.ä.)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Trinken Sie regelmäßig mehr als drei Bier oder zwei Gläser Wein am Tag?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Rauchen Sie? (viel: mehr als 10 Zigaretten tägl.)	<input type="checkbox"/> viel	<input type="checkbox"/> wenig <input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie Drogen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Leiden Sie an Asthma ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wurde jemals eine Herzerkrankung festgestellt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie einen Herzschrittmacher oder einen Herzklappenersatz ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Leiden Sie unter zu hohem oder zu niedrigem Blutdruck ?	<input type="checkbox"/> hoch	<input type="checkbox"/> niedrig <input type="checkbox"/> nein
Bestand bei Ihnen jemals der Verdacht auf einen Herzinfarkt ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie häufig Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hatten Sie jemals einen epileptischen Anfall (Krampfanfall)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Diabetes (Zuckerkrankheit)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie eine Augenerkrankung (z.B. Engwinkelglaukom)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Leiden Sie unter Magen - Darmerkrankungen ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hatten Sie jemals eine Lebererkrankung (Gelbsucht, Hepatitis)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hatten Sie schon einmal eine Nierenerkrankung ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hatten Sie jemals Tuberkulose oder eine Geschlechtskrankheit ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Besteht die Möglichkeit, dass Sie HIV positiv sind?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wurden Sie jemals an den Nasennebenhöhlen (z.B. Kieferhöhle) operiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Beschwerden am Bewegungsapparat (z. B. Halswirbelsäule)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wurden Sie jemals wegen einer Tumorerkrankung behandelt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonstige Erkrankungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche?		
Sind Sie im Kopfbereich jemals verletzt oder operiert worden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wurde in den letzten zwölf Monaten eine Röntgenaufnahme angefertigt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welcher Körperbereich?		
Besteht eine Schwangerschaft oder der Verdacht auf eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonstige für Ihre Behandlung relevante Angaben: (z.B. Angstpatient)		

i Bitte berücksichtigen Sie folgenden Hinweis! Nach Injektionen jeglicher Art sollten Sie i

i mindestens drei Stunden nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen! i

Schwabach, den

Unterschrift.....