

ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

für Ihre risikofreie Behandlung ist die gewissenhafte Beantwortung einiger Fragen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand von besonderer Bedeutung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Patient :

Name: _____ Vorname: _____ Geb. _____

Versicherte Person:

Name: _____ Vorname: _____ Geb. _____

Straße, Hausnr.: _____ PLZ, Ort: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____ Pflegestufe: _____

Versicherung: _____

gesetzlich freiwillig privat zusatzversichert bei: _____

Mein Hausarzt (Name, Adresse, Telefon): _____

Zutreffendes bitte ankreuzen und unterstreichen:

- | | | | |
|--|--------------------------|--|--------------------------|
| Herz-/Kreislaufkrankungen | <input type="checkbox"/> | Herzklappenerkrankung/-ersatz | <input type="checkbox"/> |
| Bluthochdruck (Hypertonie) | <input type="checkbox"/> | Herzinfarkt, Angina Pectoris | <input type="checkbox"/> |
| Bypass/Stent/Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> | Endokarditis-Prophylaxe | <input type="checkbox"/> |
| Blutgerinnungsstörungen (z.B. Hämophilie) | <input type="checkbox"/> | Neigen Sie zur Ohnmacht | <input type="checkbox"/> |
| Schlaganfall | <input type="checkbox"/> | Neigung zu blauen Flecken | <input type="checkbox"/> |
| Rheuma, rheumatisches Fieber | <input type="checkbox"/> | Lungenerkrankung (Asthma, TBC, COPD) | <input type="checkbox"/> |
| Lebererkrankung (Gelbsucht, Hepatitis A, B, C) | <input type="checkbox"/> | Nierenfunktionsstörung | <input type="checkbox"/> |
| Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> | Augenerkrankung (Grüner Star, Grauer Star) | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes (Zuckerkrankheit) | <input type="checkbox"/> | Magen-Darm-Erkrankung | <input type="checkbox"/> |
| Tumorerkrankung | <input type="checkbox"/> | Depression | <input type="checkbox"/> |
| Osteoporose | <input type="checkbox"/> | Immunschwäche (HIV/AIDS) | <input type="checkbox"/> |
| Anfallsleiden (Epilepsie) | <input type="checkbox"/> | Sonstige Erkrankungen/Infektionen | <input type="checkbox"/> |
| Rauchen Sie? (Wie viel pro Tag? _____) | <input type="checkbox"/> | Schwangerschaft (ja / vielleicht) | <input type="checkbox"/> |
| Trinken Sie Alkohol? (Wie viel? _____) | <input type="checkbox"/> | | |
| Allergien (Besitzen Sie einen Allergiepass?) | <input type="checkbox"/> | Welche?: _____ | |
| Medikamentenunverträglichkeit | <input type="checkbox"/> | Welche?: _____ | |

➔ Bitte wenden!

Einnahme von Bisphosphonaten Einnahme von Denosumab (Prolia®)

Seit/Bis wann erfolgt(e) die Behandlung? _____

Womit?

Alendron(säure)	<input type="checkbox"/>	Bonviva	<input type="checkbox"/>
Bondronat	<input type="checkbox"/>	Actonel	<input type="checkbox"/>
Fosavance	<input type="checkbox"/>	Fosamax	<input type="checkbox"/>
Zometa	<input type="checkbox"/>	Zoledron(säure)	<input type="checkbox"/>
Aredia	<input type="checkbox"/>	Aclasta	<input type="checkbox"/>
Pamidron(säure)	<input type="checkbox"/>	Prolia	<input type="checkbox"/>

Nehmen Sie andere Medikamente (z.B. Falithrom/Marcumar, Clopidogrel (Plavix), ASS, oder andere) regelmäßig ein?

Welche?: _____

Leiden Sie oft an Migräne, Kopfschmerz, Nackenverspannungen, Rückenschmerzen, Tinnitus

Ihr Hauptanliegen, weshalb Sie heute unsere Praxis aufsuchen: _____

Wünschen Sie eine gezielte Beratung zu folgenden Themen? (Bitte ankreuzen!)

Implantate (künstliche Zahnwurzeln)	<input type="checkbox"/>	Prophylaxe / Professionelle Zahnreinigung	<input type="checkbox"/>
Zahnersatz	<input type="checkbox"/>	Kinderprophylaxe	<input type="checkbox"/>
Laser-Behandlung	<input type="checkbox"/>	Parodontalbehandlung (Zahnfleischbehandlung)	<input type="checkbox"/>
Schöneres Lächeln – ästhetische Zahnheilkunde	<input type="checkbox"/>	Bleaching (Zahnaufhellung)	<input type="checkbox"/>
Endodontische Behandlung (Wurzelbehandlung)	<input type="checkbox"/>	Sonstiges _____	<input type="checkbox"/>

Unsere Praxis bietet Ihnen ein breites Spektrum an Prophylaxeleistungen, um Ihre gesunden Zähne zu schützen, Ihre Mundgesundheit zu verbessern und Ihre erkrankten Zähne und Zahnfleisch optimal zu therapieren. In diesem Rahmen bieten wir Ihnen einen kostenlosen Erinnerungsservice (Recall) für Kontroll- und Prophylaxe-Termine an.

Möchten Sie sich für unseren Recall-Service vormerken lassen? Ja nein

Wenn ja, per: E-Mail WhatsApp
Brief SMS

Wünschen Sie eine Erinnerung an Ihre Termine per SMS? Ja nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Ich hatte ausreichend Gelegenheit, Fragen zu stellen und verpflichte mich, Änderungen umgehend mitzuteilen.

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für die Behandlung (außer der akuten Schmerzbehandlung) das Einverständnis des Erziehungsberechtigten notwendig.

Leipzig, den

Datum

Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten