

Anmeldung/Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihr Gesundheitszustand kann Einfluss auf die zahnärztliche Behandlung haben. Wir bitten Sie daher, den Fragebogen **vollständig** auszufüllen. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient: _____
 Name Vorname geb. am Geburtsort

Mitglied: _____
 Name Vorname geb. am

Anschrift: _____
 Straße Telefon privat Telefon geschäftlich

_____ Ort Telefon mobil

_____ E-Mail (nur für praxisinterne Zwecke, kein Newsletter, keine Weitergabe an Dritte)

Beruf des Patienten: _____ **Arbeitgeber:** _____

Versicherung/Krankenkasse: _____

Zahnersatz-Bonus erfüllt seit: _____

Angaben zu Ihrer Gesundheit: (Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen)

Herz-/Kreislaufkrankungen

- | | |
|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck |
| <input type="checkbox"/> Rhythmusstörungen | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Herzinnenhautentzündung (Endokarditis) | <input type="checkbox"/> Herzklappenfehler/künstliche Herzklappe |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ |

Stoffwechselerkrankungen oder andere innere Krankheiten

- | | |
|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Nierenfunktionsstörung | <input type="checkbox"/> Leberfunktionsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Lungenkrankheiten, wenn ja welche: _____ | |
| <input type="checkbox"/> andere: _____ | |

Infektionskrankheiten

O Hepatitis Typ: _____
O HIV

O Tuberkulose (Tbc)
O Sonstige: _____

Sonstige Erkrankungen

O Nervenkrankheiten (z. B. Depression, Neuralgien) _____
O Autoimmunerkr. (z. B. Rheuma, Schuppenflechte) _____
O Krebs, wenn ja welcher: _____
O Andere Erkrankungen: _____

Allergien:

O Medikamentenallergie (z. B. Penicillin) _____
O sonstige Allergien: _____

Röntgen:

Schwangerschaft (bei weibl. Pat.) O nein O ja Woche ____
Datum der letzten Röntgenuntersuchung der Zähne: _____

Medikamente:

O Blutgerinnungshemmung (z. B. ASS, Marcumar, Xarelto, Eliquis, Plavix, etc.):

Medikament: _____

O regelmäßige Medikamente: _____

**O Nehmen Sie derzeit oder haben Sie BISPHOSPHONATE eingenommen,
z. B. bei Osteoporose oder Krebserkrankungen (z. B. Alendronsäure, Zometa, Bonviva,
Denosumab)?**

Medikament: _____

Ihr Hausarzt oder Kinderarzt:

Ort: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____