

**Liebe Patientin, lieber Patient!**

Wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe. Wir bitten Sie diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Für weitere Fragen zu diesem Bogen stehen wir Ihnen jederzeit zur Verfügung.

**Anamnesebogen**

Name / Vorname \_\_\_\_\_

geb. am \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Straße / Nr. \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Versicherung \_\_\_\_\_

Hauptversicherter ggf. gesetzliche/r Vertreter/in bei Personen: unter 18 Jahren/Geschäftsunfähigen/beschränkt Geschäftsfähigen

Name / Vorname \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

 Beihilfeberechtigt:  ja  nein

**Allgemeine Gesundheitsangaben** Zutreffendes bitte ankreuzen:

	Ja	Nein
<b>Allergie</b>		
Heuschnupfen / Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nahrungsmittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medikamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jod	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pflaster	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Latex	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Ja	Nein
<b>Skelettsystem:</b>		
Gelenkerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rücken-/ Bandscheiben- beschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muskelerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Ja	Nein
<b>Andere Erkrankungen oder Behinderungen?</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Ja	Nein
<b>Medikamente</b>		
<b>Knochen:</b>		
Wurden Sie in der Vergangenheit oder werden Sie zur Zeit mit Bisphos- phonaten behandelt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wegen welcher Erkrankung?		

	Ja	Nein
<b>Gerinnungshemmende Medikamente</b>		
Dauerhaft oder in den letzten Tagen (z.B. Aspirin®, ASS®, Marcumar®, Xarelto®, Ticlopidin®, Clopidogrel®)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Regelmäßige Medikamente		
z.B. Blutdruck-/		
Herzmedikamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzmittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
„Antibabypille“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychopharmaka	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antidiabetika	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Ja	Nein
<b>Rauchen Sie?</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wie viel durchschnittlich?		

	Ja	Nein
<b>Trinken Sie gelegentlich Alkohol?</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Regelmäßig?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Ja	Nein
<b>Sind Sie schwanger?</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Welche Schwanger- schaftswoche?		



Bitte wenden

	Ja / Nein		Ja / Nein		Ja / Nein
<b>Herz/Kreislauf:</b>		<b>Gefäße:</b>		<b>Leber:</b>	
Angina pectoris	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Schlaganfall	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Gelbsucht	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Herzinfarkt	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Durchblutungsstörungen	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Hepatitis A	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Herzmuskelentzündung	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Thrombosen	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Hepatitis B	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Herzklappenentzündung	<input type="radio"/> <input type="radio"/>			Hepatitis C	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
künstliche Herzklappe	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<b>Atemwege/Lunge:</b>			
Herzschrittmacher	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Asthma	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<b>Nieren:</b>	
hoher Blutdruck	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Tuberkulose	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Dialysepflichtigkeit	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
niedriger Blutdruck	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	chronische Bronchitis	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Nierenentzündung	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Rhythmusstörungen	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Lungenblähung	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Nierensteine	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
		Schlafapnoe	<input type="radio"/> <input type="radio"/>		
<b>Blut:</b>		Schnarchen Sie?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<b>Magen, Darm:</b>	
Gerinnungsstörungen	<input type="radio"/> <input type="radio"/>			Geschwür	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
häufiges Nasenbluten	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<b>Nerven/Gemüt:</b>		Engstelle	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
leicht blaue Flecken	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Krampfanfälle (Epilepsie)	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Verdauungsstörungen	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Nachbluten nach OPs	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Lähmungen	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Sodbrennen	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
		Depressionen	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Refluxkrankheit	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
<b>Stoffwechsel-/</b>		Angstzustände	<input type="radio"/> <input type="radio"/>		
<b>Zuckerkrankheit:</b>				<b>Immunschwäche:</b>	
Diabetes mellitus Typ I	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<b>Augen:</b>		Einnahme von Cortison	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Diabetes mellitus Typ II	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Grüner Star	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Organtransplantation	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Schilddrüsenunterfunktion	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Grauer Star	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	HIV-Infektion, AIDS	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Schilddrüsenüberfunktion	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Einschränkung der Sehkraft	<input type="radio"/> <input type="radio"/>		

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und verpflichte mich, Änderungen meiner Angaben vor der nächsten Behandlung mitzuteilen.

Datum

Unterschrift (ggf. Erziehungsberechtigter)

Mit meiner Unterschrift willige ich der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten unter Beachtung der Vorschriften des nationalen Datenschutzes, sowie der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) ein.

Datum

Unterschrift (ggf. Erziehungsberechtigter)