Patientenanmeldung und Anamnese

Bitte beantworten Sie folgende Fragen sorgfältig. Wir wollen erreichen, dass Krankheiten frühzeitig erkannt werden und dass unsere Behandlungsmaßnahmen und Medikamente Ihrem Gesundheitszustand angepasst werden können. Selbstverständlich behandeln wir alle Auskünfte vertraulich!

Name, Vorname: _____ geb. am: _____ Geb. Ort: _____

Adresse: _____ Beruf: _____

E-Mail: _____ Mobil: _____ Tel. Privat _____

Krankenkasse: _____ Sind Sie zusatzversichert? **O Ja O Nein**

Wann war der letzte Zahnarztbesuch? _____

Haben Sie einen Pflegegrad? **O Ja O Nein**
Wenn ja welchen? _____

Durch wen wurden Sie empfohlen bzw. wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Allgemeine Anamnese:

1. Sind bei Ihnen Allergien bekannt? (z.B. Penicillin, Aspirin, Schmerzmittel etc.) **O Ja O Nein**

Wenn ja welche _____

2. Besitzen Sie einen Allergiepass? **O Ja O Nein**
3. Leiden Sie an Herz- und / oder Kreislaufbeschwerden **O Ja O Nein**
4. Haben Sie eine erhöhte Blutungsneigung **O Ja O Nein**
5. Haben Sie Diabetes (Blutzucker)? Benötigen Sie Insulin? **O Ja O Nein**

6. Haben Sie
   - eine Schilddrüsenerkrankung?
   - eine Lebererkrankung?
   - eine Infektionskrankheit (AIDS, Hepatitis A, B, C)
   - eine Nervenkrankheit?
   - Bronchial-Asthma?
   - Andere Schwierigkeiten mit den Lungen oder Husten?
   - Epilepsie (Anfallsleiden)?
   - Hohen / niedrigen Blutdruck?
   - Krebs, eine bösartige Erkrankung oder Leukämie

Zutreffendes bitte Unterstreichen

Falls eine der o. g. Fragen mit **Ja** beantwortet wurde: Name und Anschrift des Arztes Arzt.

_____

7. Benötigen Sie eine Antibiotika Prophylaxe vor zahnärztlichen Eingriffen? **O Ja O Nein**
8. Nehmen Sie z. Zeit irgendwelche verordnete Medikamente? **O Ja O Nein**
   Wenn ja welche? _____

   Nehmen Sie einen Blutverdünner? **O Ja O Nein**
   Wenn ja welchen? _____

9. Sind Sie schwanger? **O Ja O Nein**
10. Wünschen Sie Recall? (Erinnerungsservice) **O Ja O Nein**

Datum: _____ Unterschrift: _____